

“Alltid vid din sida, oavsett vad!”

**En kvalitativ studie om hur det är att vara
närståendevårdare till sin partner som drabbats av
stroke**

Linnea Nordberg

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Linnea Nordberg

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Lena Sandén - Eriksson

Titel: "Alltid vid din sida, oavsett vad!"

- En kvalitativ studie om hur det är att vara närståendevårdare till sin partner som drabbats av stroke

Datum 27.4.2018 Sidantal 40

Bilagor 3

Abstrakt

Syftet med denna studie är att få en överblick hur det är att vara närståendevårdare till ens partner som drabbats av stroke. De frågeställningar som formulerats är: Hur förändrades livet efter partnern drabbades av stroke? Vilket stöd är närståendevårdaren i behov av?

Som metod har kvalitativ intervjustudie använts. Fyra deltagare har intervjuats och materialet har därefter analyserats genom kvalitativ innehållsanalys. Tre huvudkategorier uppstod: *Att anpassa sig till en ny verklighet*, *Att vara bunden till sin partner* och *Behov av stöd*. Därtill uppstod även underkategorier till dessa huvudkategorier.

Det som framkommer i resultatet är att deltagarnas liv inte är det samma längre och att de fått lära sig hantera den nya situationen de befinner sig i. Den samma frihet som man hade förr har man inte längre och man upplever sig bunden till sin partner. Beträffande stöd fick man i huvudsak hjälp från familjemedlemmar men även vänner.

Som teoretisk utgångspunkt har Aaron Antonovskys teori om känsla av sammanhang, KASAM använts som beskriver hur man kan göra tillvaron sammanhängande genom begreppen *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. För att få bakgrund om ämnet har litteratur, vetenskapliga artiklar och internet källor använts.

Språk: Svenska

Nyckelord: stroke, närstående, livsförändringar, stöd, KASAM

BACHELOR'S THESIS

Author: Linnea Nordberg

Degree Programme: Nurse, Vasa

Supervisor: Lena Sandén - Eriksson

Title: "Always by your side, no matter what"

- A qualitative study about being an informal caregiver to one's partner.

Date 27.4.2018 Number of pages 40

Appendices 3

Abstract

The aim of this study is to get a review of being an informal caregiver to one's partner. The questions of the study are: How did life change after the partner had the stroke? and What kind of support is the informal caregiver in need of?

As method, qualitative interview study, has been used. Four participants have been interviewed and the material have then been analyzed by qualitative content analysis. Three main categories emerged: *To adapt to a new reality*, *to be bound to one's partner* and *Need of support*. From these main categories, sub-categories also emerged.

The result showed, that the participants life no longer was the same that it had been, and that they had to learn how to handle the new situation they were in. The same freedom they had before wasn't felt anymore and they also felt bound to their partner. About support the participants mainly got help from family members but also from friends.

To get information about the topic, fact-based literature, scientific research and internet sources have been used. As theoretical basis, Aaron Antonovsky's theory about sense of coherence, KASAM have been used. It describes how to make the existence coherently by the components comprehensibility, manageability and meaningfulness.

Language: Swedish Key words: stroke, informal caregiver, life change, support, KASAM

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte och frågeställning	2
3	Teoretisk utgångspunkt	2
4	Bakgrund	3
4.1	Stroke eller slaganfall	3
4.1.1	Hjärninfarkt	4
4.1.2	Hjärnblödning	4
4.1.3	TIA	5
4.1.4	Riskfaktorer	6
4.1.5	Diagnos	6
4.1.6	Behandling	7
4.1.7	Följder	10
4.2	Anhörig	12
4.2.1	Stöd för närståendevårdare	13
4.2.2	Förändringar till följd av partners stroke	16
4.2.3	Närståendevårdares syn på stöd	17
5	Metod	19
5.1	Urval av deltagare	19
5.2	Intervju	20
5.3	Kvalitativ innehållsanalys	21
5.4	Etiskt övervägande	21
6	Resultat	22
6.1	Att anpassa sig till en ny verklighet	23
6.2	Att vara bunden till sin partner	25
6.3	Behov av stöd	27
7	Diskussion	30
7.1	Resultatdiskussion	31
7.1.1	Att anpassa sig till en ny verklighet	31

7.1.2 Att vara bunden till sin partner	32
7.1.3 Behov av stöd	33
7.2 Metoddiskussion	34
8 Avslutning	37

Bilagor

Infobrev

Samtycke

Intervjufrågor

Källförteckning

1 Inledning

”då man har varit tillsammans i 50 år, börjar det väl nog vara att man är så inrutade med varandra, att det är som det inte skulle fungera om man inte får vara med den där kamraten sin”

Citatet är ord utav en närståendevårdare som deltagit i detta examensarbete. Orden är väldigt beskrivande hur man kan känna för ens närstående. Vi hoppas alla att vi ska få vara friska så länge vi lever och leva ett gott liv med de som står oss nära, men ibland drabbas vi tyvärr utav sjukdom och livet blir inte alltid som man tänkt sig.

Vem som helst kan någon gång i sitt liv råka ut för att en nära anhörig insjuknar, invalidiseras eller kan få ett barn som har en funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom. Då kan behovet av närståendevård uppstå. Ofta finns det en relation till den som insjuknar eller invalidiseras och då är det vanligt att en familjemedlem åtar sig uppgiften att hjälpa den nära anhörige. Att ställa upp och hjälpa en medmänniska kan grunda sig på kärlek, omtanke eller pliktkänsla. (Gehring, Heino, Kaivolainen & Purhonen. 2015, s. 6,8.)

Jag har valt att skriva om hur det är att vara närståendevårdare till sin partner som drabbats av stroke för jag tycker det är ett viktigt ämne att ha kunskap om och för att jag dessutom berörs utav nära anhöriga som har sin partner som drabbats av stroke. Man vet aldrig när ett sjukdomstillstånd såsom stroke slår till och vi vet inte heller bestämt hur de kommer gå med den drabbade. Kommer personen att klara sig eller ses man aldrig mer? Vi blir berörda då det är någon närstående som drabbas och det är svårt att ta till sig vad som hänt.

Enligt Aivoliitto räknas cerebrovaskulär sjukdom som den tredje vanligaste dödsorsaken i Finland. Det är årligen runt 25 000 finländare som drabbas av stroke varav man räknar det är runt 4500 som inte klarar sig och dör. År 2015 var det ungefär 100 000 finländare som fick någon cerebrovaskulär sjukdom. Man räknar att det är runt 18 000 personer i Finland som får en hjärninfarkt medan antalet personer som får en hjärnblödning är runt 1800. 2500 personer räknar man dock återinsjuknar i stroke inom ett år. Antalet personer som beräknas få en TIA attack utgör ca 5000.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att få en överblick hur det är att vara närstående vårdare till ens partner som drabbats av stroke. Genom att undersöka detta ämne hoppas skribenten öka förståelsen för hur det är att vara närståendevårdare till strokepatienter. Studiens frågeställningar är därmed:

- Hur förändrades livet efter partnern drabbades av stroke?
- Vilket stöd är närståendevårdaren i behov av?

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt används Aaron Antonovskys teori om känsla av sammanhang, även kallad KASAM. I stället för att fokusera på orsaken till varför människor blir sjuka, ser Antonovsky sin teori från ett salutogenetiskt synsätt, som innebär att man söker svar på varför människor som utsätts för livets olika påfrestningar ändå förblir friska. Antonovsky fokuserar således på hälsans ursprung. Att undvika de påfrestningar som man utsätts för räcker inte enligt Antonovsky, utan man bör göra tillvaron sammanhängande för att kunna hantera påfrestningarna. För att göra tillvaron sammanhängande behöver den göras *begriplig, hanterlig* och *meningsfull*. (Antonovsky, 2005. s.9, 16) Skribenten tycker denna teori är passande med tanke på hur närståendevårdarna tar sig an vardagen och dess uppgifter och gör sin tillvaro sammanhängande och finner kraft i att vårda sin närstående trots de rådande omständigheterna de utsätts för.

Begriplighet

Begreppet begriplighet är enligt Antonovsky kärnan i hans teori. Begriplighet tyder på vilket sätt man som människa upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässiga att ta till sig. Den information som vi tar till oss bör vara ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig för att den skall vara förnuftsmässig att förstå, istället för ett ända brus som är kaotisk, oordnad, slumpmässig, oväntad och oförklarlig. En hög känsla av begriplighet har man då man förväntar sig att de stimuli som man kan stöta på i framtiden är förutsägbara, eller åtminstone går att ordna och förklara om de kommer som överraskningar. Även vid död, krig och misslyckande är man förmögen att göra dessa begripbara om man har känsla av begriplighet. (Antonovsky, 2005. s. 44)

Hanterbarhet

Det som menas med den andra komponenten, hanterbarhet, är vilka resurser en människa upplever hon har som kan hjälpa henne möta de krav som olika situationer hon hamnar ut för ställer. Till resurser räknas både det som man själv har som person samt sådant man får från andra t.ex. av sin make/hustru, vänner, kolleger, Gud, eller professionella. I livet kan olyckliga saker hända. Om man har en hög känsla av hanterbarhet upplever man sig inte som ett offer för olika omständigheter och man tycker inte heller att livet behandlar en orättvist. Då olyckliga saker händer har man även förståelse för att kunna ta sig igenom det och inte sörja för alltid. (Antonovsky, 2005. S.45)

Meningsfullhet

Den tredje komponenten är meningsfullhet som Antonovsky betraktar som begreppet KASAMs motivationskomponent. Syftet med begreppet meningsfullhet är enligt Antonovsky i vilken utsträckning som man känner att livet har en känslomässig innebörd. Ibland ställs man inför problem och krav. Enligt Antonovsky är en del utav dessa problem och krav värda att investera i, ge engagemang och hängivelse åt. De skall inte ses som problem, krav och bördor som man hellre vore utan. En person som har ett högt värde på meningsfullhet finner det inte svårt att konfronteras med svårigheterna. Istället försöker personen göra sitt bästa, med värdigheten i behåll, för att ta sig igenom svårigheten. (Antonovsky, 2005. s. 45 - 46)

4 Bakgrund

I det här kapitlet kommer det redogöras vad stroke är, symptomen, vilka olika typer det finns, TIA, riskfaktorer, diagnos, behandlingar och följder. Det kommer även tas upp om vad det betyder att vara närståendevårdare, vilka olika stöd som närståendevårdare har rätt till samt tidigare forskning som berör närstående till strokedrabbade.

4.1 Stroke eller slaganfall

I hjärnans blodkärl kan man få en hjärninfarkt orsakad av en blodpropp eller så kan man få blödningar och dessa är en gemensam benämning för stroke, eller slaganfall som man också kan säga. Av dessa två är en hjärninfarkt vanligare än en hjärnblödning. 85 procent utgörs av hjärninfarkter medan 15 procent är hjärnblödningar. (Norrving, 2012, s.381)

4.1.1 Hjärninfarkt

En *hjärninfarkt* är alltså då en blodpropp täpper till något av hjärnans blodkärl. Det som då sker är att område i hjärnan där blodproppen täpper till tar skada till följd av *ischemi*, vilket betyder att blodcirkulationen upphör i kärlet på grund av tilltäppningen och det uppstår syrebrist i området. Orsaken till detta kan vara på grund av att det bildats en blodpropp från åderförkalkade blodkärl t.ex. i halsen, hjärnan eller hjärtat. Dessa blodproppar förs med blodet upp till hjärnan och täpper till blodkärlet som leder till att man får symptom. (Norrving, 2012, s.381)

En vanlig orsak till en hjärninfarkt orsakad av en blodpropp från hjärtat är förmaksflimmer. Om personen är äldre är det stor sannolikhet att det är förmaksflimmer som är orsaken. (Jönsson, 2015 s. 49) De symptom man kan få är bland annat känselbortfall i motsatt kroppshalvan, dubbelseende och yrsel. Också muskelsvaghet i ansiktet, synfältsbortfall, balansbesvär, illamående och medvetandepåverkan är vanligt. Symptomen är dock beroende på var någon stans i hjärnans blodkärl som man får sin hjärninfarkt. (Ericson & Ericson, 2012. S. 246 - 247)

4.1.2 Hjärnblödning

Det som sker vid en hjärnblödning är att ett blodkärl inne i hjärnan brister. Blodet kommer då att läcka ut i hjärnvävnaden och detta leder till att de celler och nervbanor som ligger i just det området kommer att förstöras eller slitas isär. (Norrving, 2012, s. 389 - 390) Då detta sker uppstår symptom som liknar på hjärninfarkt till följd av den lokala tryckökningen, ischemin och ödemutvecklingen. (Ericson & Ericson, 2012. S. 251)

En hjärnblödning kan delas in i *intracerebral blödning (ICH)* eller *subaraknoidal blödning (SAB)*. Vid en *intracerebral blödning* är det ett blodkärl inne i hjärnvävnaden som brister. Om hjärnblödningen är stor leder det till att det finns en ökad risk för att det sker en intrakraniell tryckstegring som i sin tur leder till att man kan bli medvetslös och i värsta fall dö om man inte snabbt får vård. (Jönsson, 2015, s. 49; Blommengren & Ohlgren, 2007. s.126)

Subaraknoidal blödning är ett annat namn för hjärnhinneblödning. Blödningen är lokaliserad i subaraknoidalrummet mellan araknoidea och pia mater som hör till hjärnans mjuka hinnor. (Jönsson, 2015 s.49) En sådan blödning beror oftast på att ett pulsåderbräck, som kallas för aneurysm, brister på undersidan av hjärnan. Utvecklingen av ett pulsåderbräck sker utan att

man vet om det. Vid insjuknandet är det en svår huvudvärk som kommer plötsligt som brukar vara det vanligaste symptomet. Huvudvärken kan både ha medverkan och icke medverkan på medvetandet. (Norrving, 2012, s. 389 - 390)

Ofta brukar man prata om *åskknallshuvudvärk* och den upplevs väldigt svår. Även illamående, nackstelhet, kräkningar, ljus- och ljudkänslighet kan vara vanliga symptom. Likaså irritation hos patienten, måttlig temperaturstegring och epileptiska anfall kan uppträda. Det är på grund av den intrakraniella tryckökningen och den upphävida cirkulationen som medvetandegraden påverkas och att man kan få epileptiska anfall. (Ericson & Ericson, 2012 s. 269 - 270; Blommengren & Ohlgren, 2007. s.102)

4.1.3 TIA

TIA, eller transitorisk ischemisk attack, är en övergående cerebral ischemi som ger symptom på övergående fokala nedsättningar i hjärnans funktion. Det som sker är att det uppstår ischemi i något vaskulärt område till följd av att en blodpropp fastnat i något intracerebralt kärl. Dock upplöses blodproppen av sig själv ganska fort och cirkulationen återupptas därmed utan att någon större skada i hjärnvävnaden hinner uppstå. Symptomen brukar pågå mindre än 24 timmar, vanligen är de borta inom 15 minuter. Ofta är det från hjärtat propparna kommer och då är det även vanligt att förmaksflimmer ligger i bakgrunden. En annan vanlig embolikälla är stenosis från halspulsådern. (Ericson & Ericson, 2012 s. 267; Lindgren, 2007, s. 45)

De symptom man får är därmed övergående kraftnedsättning i antingen en eller flera extremiteter. Ett annat symptom som också kan uppstå är övergående blindhet i ögat. Detta kallas för *amaurosis fugax* och upplevs som att det är en gardin som dras ned för ögat. Orsaken till den tillfälliga blindheten är att det har fastnat en blodpropp i ögats näthinneartär. Det uppstår således en arteriell ischemi i ögat. Det är dock viktigt att man tar symptomen på allvar eftersom det kan vara en hotande hjärninfarkt istället. Tidig diagnostik och snabb passande vård är därmed viktig. (Ericson & Ericson, 2012 s. 267; Lindgren, 2007. s. 45)

För att ställa diagnos bör man efter att man haft en TIA attack undersöka karotiskärlen. Man använder sig då utav ultraljud samt doppler, och från dessa undersökningar får man fram graden av halskärlstenosen, var någonstans den är lokaliserad samt karaktären. (Ericson & Ericson, 2012 s. 267)

Den behandling som görs är både medicinsk och kirurgisk. Eftersom det finns risk för att nya blodproppar kan lossna och medföra hjärninfarkt och neurologiskt handikapp bör kirurgiska åtgärder mot karakteristiska stenoser göras snabbt. Senast 14 dagar efter symptomdebut bör man utföra *trombendartärektomi*, dvs avlägsna kärlets stenotiska partier om det inte finns kontraindikationer och om patientens ålder är lämplig. Det man ger vid medicinsk behandling är trombocythämmande läkemedel. Det är då främst ASA/Trombyl som används. (Ericson & Ericson 2012. S. 267 - 269)

4.1.4 Riskfaktorer

De faktorer som kan ha påverkan att drabbas av stroke är bland annat hög ålder, högt blodtryck, förmaksflimmer, bristande fysisk aktivitet, rökning och diabetes. Även högt alkoholintag, övervikt och ohälsosam kost kan räknas som riskfaktorer. Genom att inte röka, hålla blodtrycket under kontroll, motionera, äta hälsosamt, undvika för mycket salt, alkohol samt övervikt kan man förebygga stroke. (Norrving, 2012, s. 382 - 383)

Gällande åldern ökar risken för stroke ju äldre man blir. Speciellt för de personer som är över 75 år är risken större. Då man ser på könen är det vanligare att män under 80 år får stroke medan det för kvinnor är vanligare att vara över 80 år om de drabbas. (Ericson & Ericson 2012, s. 241)

Om man har flera av dessa riskfaktorer tillsammans är det förstås större risk än om man bara har en riskfaktor. Det kan till viss del också vara större risk att drabbas av stroke om någon i ens närmaste släktskap drabbats av stroke. Det är därmed bra att följa med om man har någon känd riskfaktor. (Norrving, 2012, s. 382 - 383)

Vid hjärnblödning är den viktigaste riskfaktorn hypertoni, dvs högt blodtryck. Också medicinering med Warfarin, ASA, trombolysbehandling ökar risken för blödning samt om man har koagulationsrubbningar, t.ex. trombocytopeni. (Ericson & Ericson, 2012 s. 251)

4.1.5 Diagnos

Det är viktigt man tar symptom på stroke allvarligt. Vid misstanke om stroke bör man få vård så snabbt som möjligt. Symptomen kommer plötsligt. Om man får kraftnedsättning på halva sidan av kroppen, tappar känseln, det blir svårt med språket och talet samt synfältsbortfall bör varningsklockor ringa. (Norrving, 2012, s. 384)

Det man kan göra om man tror att en person har fått en stroke är att göra ett så kallat **AKUT-test**. Med detta test kollar man på ansiktet om personen kan le. Om en mungipa hänger kan det tyda på stroke. Om personen inte kan hålla en kroppsdel, t.ex. armen i luften i 10 sekunder kan det även ge misstanke om stroke. Man ska också observera hur personen pratar, om hen sluddrar och ord blir fel bör man också ta det allvarligt. Om dessa symptom förekommer bör man agera i tid. Så fort som möjligt bör man ringa 112. (Ericson & Ericson, 2012, s. 247)

Väl inne på sjukhuset bör diagnostiken ske snabbt. Man går igenom en hel del bedömningar. Allmäntillståndet och medvetandegraden övervakas samt blodtrycket, puls, temperatur och andningsfrekvens följs med. Även neurologiskt status bedöms såsom vakenheten, balansprov, kranialnervsfunktion, sensibiliteten, sväljningsförmågan, talförmågan och perceptionen. Motoriska funktioner provas också med avseende på styrka, reflektivitet, rörelsekoordination, muskeltonus, eventuell spasticitet, rigiditet och kommunikationsförmåga. För att finna olika nervstatus fynd använder man sig också utav olika skalor, bland annat NIHSS (National Institute of Health), som är ett dokument där man sammanfattar och ger poäng för varje avvikelse för nervstatusen. Vid fortsatt vård under de första dygnet bör man förutom ovannämnda saker även hålla koll på blodprovstagningar, EKG, vätske- och näringsintag samt elimination. (Ericson & Ericson 2012, s. 247; Jönsson, 2015, s. 52 - 53)

Det man också gör på någon man misstänker akut stroke är att utföra bilddiagnostik med antingen CT (Datortomografi) eller MRT (Magnet-resonanstomografi). CT och MRT ger bra bilddiagnostik över hjärnans försörjande kärl och perfusion. Med andra ord ger de viktig information om mikro- och makrocirkulationen i hjärnan. Från den här bildgivande diagnostik kan man påvisa eller utesluta viktiga differentialdiagnoser, som t.ex. blödningar, och sedan göra beslut om lämplig behandling. (Siemund, 2007. s.137)

4.1.6 Behandling

Vid *hjärninfarkt* använder man sig idag utav *trombolysbehandling* för att lösa upp en blodpropp. Vid denna behandling får patienten propplösande läkemedel intravenöst. Ju fortare behandlingen inleds, desto bättre är chansen för att skadorna blir mindre eller att inga restsymptom kvarstår. Inom 4 ½ timme efter insjuknande brukar man säga att chanserna är god att få lindriga skador om trombolysbehandlingen inletts. (Norrving, 2012, s. 387) Det man strävar efter med trombolys, är att så snabbt som möjligt få det blockerade kärlet öppnat,

så att tiden med ischemi för den utsatta hjärnvävnaden minskar. (Ericson & Ericson, 2012. s. 250)

Det är dock viktigt att känna till riskerna och kontraindikationerna för trombolysbehandling. En kontraindikation för trombolys är hjärnblödning. Om man krampar tyder det på blödning och då bör noggrann diagnostik ske. En annan kontraindikation för trombolys är om hjärninfarkten är stor. Det kan då leda till ökad blödningsrisk och ökad dödlighet eftersom större hjärninfarkter har en betydande hemorragisk randzon. Det är även en kontraindikation för de patienter som behandlas med Warfarin eller heparin samt de som har ökad blödningsrisk t.ex koagulationsfaktorbrist och trombocytopeni. Också högre ålder har en viss risk för blödning vid trombolys. (Ericson & Ericson, 2012 s. 250) Likaså om man har en hypertoni som inte blivit tillräckligt kontrollerad samt hyperglykemi, utgör det en risk för hjärnblödning. (Terént, 2009. s.277)

Annat som hör till omhändertagandet av patienten som fått en hjärninfarkt är att ge *ASA/Acetylsalicylsyra* i lågdos då det hämmar att trombocyterna klibbar ihop sig. (Ericson & Ericson, 2012 s. 250) *Endovaskulär behandling med trombektomi* är även en behandlingsmetod. Vid utförande av denna behandling använder man sig utav angiografisk teknik, där man för in katetrar via lumsken upp till det drabbade intracerebrala kärlet och försöker få bort blodproppen. (Ericson & Ericson, 2012 s. 250)

Vid en ***hjärnblödning*** utesluter man eller avbryter man all behandling med trombocythämmande läkemedel och antikoagulantia. Snabb övervägande behandling är viktigt för de patienter som i anamnesen, blodprov eller CT visar att de har någon form av blödningsbenägenhet. Vid påvisning av intracerebral blödning i CT bör patienten få koagulationsfaktorkoncentrat eller plasma. Faktorkoncentrat har den fördelen att koagulationsförmågan mycket snabbare normaliseras än med plasma. Dock är effekten av faktorkoncentrat övergående, så därför ger man även vitamin K för att upprätthålla koagulationsförmågan över längre tid. (Hårdemark, 2007 s. 99)

Många ***intracerebrala hjärnblödningar*** gör man inga kirurgiska åtgärder på. Blödningen brukar i regel upphöra spontant och resorberas av sig själv inom 1-6 månader. Eftersom blödningen upphör av sig själv ses det inte som någon fördel med att utrymma blödningen utan istället ger man konservativ behandling. Det brukar endast lämna en vätskekavitet i hjärnvävnaden och den brukar inte ge några neurologiska symptom. Vid större blödningar kan det dock bli aktuellt med kirurgisk tömning, men detta görs då också bara om

bedömningen av hjärnskadans omfattning anses vara god och på yngre samt medelålderspersoner vars neurologiska tillstånd är försämrat. Det är sedan blödningens storlek och lokalisation som är avgörande för överlevnadsprognosen. (Ericson & Ericson, 2012 s. 252; Blommengren & Ohlgren, 2007 s.108,126)

Vid en **subaraknoidal** blödning brukar man använda sig utav *endovaskulär behandling*, även kallad *coiling* eller utav *kirurgisk behandling*. *Endovaskulär behandling*, "*coiling*", går ut på att man går in med en kateter i ett blodkärl i lumsken ända upp där det brustna bråcket finns och fyller det med tunna platinatrådar. (Jönsson, 2015. S. 51; Blommengren & Ohlgren, 2007 s.110) Detta är en effektiv metod för att hemostas skall uppnås. (Ericson & Ericson, 2012 s. 270) Om det inte går att åtgärda aneurysmet med endovaskulär behandling kan man utföra en *kirurgisk behandling*. Det går då ut på att man lokaliserar aneurysmet och täpper till aneurysmets hals med en eller flera klämmor så att blödningen slutar. (Jönsson, 2015. S. 51; Blommengren & Ohlgren, 2007 s.109)

Som **prevention** mot ny stroke, utgår man från kända riskfaktorer som gör att man kan insjukna i stroke. De patienter som redan haft stroke har stor risk att insjukna igen, så därmed behandlas de profylaktiskt med antikoagulantia för att motverka nya trombosser eller embolier. Vid förmaksflimmer, klaffel eller klaffprotes ger man också antikoagulantia för att förebygga kardiella embolikällor och vid stenoser av karotiskärlen utför man kirurgiska åtgärder. (Ericson & Ericson, 2012 s. 266 - 267)

Även blodtrycket är en stor risk för stroke, så därmed är hypertoni behandling en viktig förbyggande åtgärd för de personer som inte haft stroke. Man bör sträva efter normala blodtrycksvärden. Undantag görs för personer med njursjukdom och diabetes, de får ha lägre blodtryck. Patienter som haft stroke och haft förhöjt blodtryck bör behandlas så fort den akuta fasen är över. (Ericson & Ericson, 2012 s. 266 - 267)

Livsstilsförändringar är även en betydande prevention mot nya stroke. T.ex. bör man sluta röka, motverka övervikt och ge råd om fysisk aktivitet. Att införskaffa nyttigare matvanor och sluta dricka allt för mycket alkohol är också betydande som prevention. (Terént, 2009. s.295)

Om man har förhöjda kolesterolvärden bör dessa också behandlas. De behandlas då med statiner som sänker LDL-kolesterolet. Risken för ny stroke blir då mindre. Det är även bra att hålla koll på blodsockret. Särskilt god metabol kontroll eftersträvas för de som är diabetiker för att undvika hyperglykemi. (Ericson & Ericson, 2012 s. 267)

4.1.7 Följder

Förmågan till återhämtning trots bestående skada i hjärnan kallas för *plasticitet*. Återhämtningen efter en stroke sker i en dynamisk process. Det sker biologiska förändringar både i det skadade och oskadade området i hjärnan. Bland annat aktiveras gener, ämnesomsättningen, blodflödet och tillväxtfaktorer. Så fort skadan har inträffat påbörjas förändringarna. (Pessah-Rasmussen, 2007. s. 292)

Efter att man haft en stroke är det vanligt med kroppsliga yttringar och funktionshinder. Det är vanligt att man blir förlamad, halvsidigt eller endast någon extremitet samt får nedsatt känsel, gång- och balanssvårigheter. För vissa kan de dagliga livets aktiviteter (ADL) påverkas så att man får svårigheter med att t.ex. flytta sig själv, klara av toalettbesöken, hålla balansen, äta och klä sig själv, så att man blir beroende av vård. Det är dock inte enbart de synliga funktionshindren som man bör fästa sig främst vid. Stroke leder även till att man kan få kognitiva problem och detta har en påverkan på livskvaliteten. (Norrving, 2012 s. 391; Pessah-Rasmussen, 2007. s. 295)

De kognitiva problemen kan visa sig på olika sätt. Det är speciellt minnet, koncentrationsförmågan och uppmärksamheten som påverkas. Det är vanligt att man har mindre uthållighet om man hamnar ut för mentala uppgifter samt får svårt att göra många saker samtidigt. Att planera i förväg och hitta rätt kan också bli svårt. Ibland kan man också märka att personens initiativkraft är nedsatt, deras stämningsläge är sänkt och att deras personlighet kan förändras. Vid en svårare stroke finns dock större risker för att man kan få mera uttalade kognitiva besvär. Det kan till och med leda till demens. (Norrving, 2012 s.391-392)

Det finns även risk för att strokepatienterna kan drabbas av depression under något skede i sjukdomsförloppet. Det kan dock vara svårt att skilja mellan vilka symptom som relaterade till hjärnskadan och vilka som beror på krisreaktion eller depression. Dock brukar oftast de symptom som är relaterade till en hjärnskada bli bättre med tiden, så om patientens funktion försämras eller dess aktivitet och delaktighet minskar med tiden kan man misstänka att eventuell depression ligger bakom. (Pessah-Rasmussen, 2007. s. 295,297)

Efter stroke kan personen även reagera med en krisreaktion som kan uttryckas i förnekande, förträngning, hjälplöshet, regression, sorg eller vrede. Dessa känslor kan personen behöva få hjälp med och då kan individuella stödsamtal fungera eller även medicinering med antidepressiva läkemedel. (Ericson & Ericson, 2012 s. 264)

Gällande arbete är det få som återgår till arbete under det första året. Det är vanligt att patienterna är långtidssjukskrivna och behöver lång rehabiliteringstid. Det är också vanligt att då patienten återgår till arbetet inte klarar av att arbeta lika mycket som tidigare och får gå ner i arbetstid till följd av kvarstående trötthetssymptom. För vissa patienter leder dock också deras funktionsnedsättningar till att de inte får fortsätta köra bil. (Pessah-Rasmussen, 2007. s. 297)

En annan följd av stroke är talsvårigheter i form av *dysartri* eller *afasi*. *Dysartri* innebär en störd artikulation till följd av nedsatt motorisk funktion i läpparna, tungan, och andra ansiktsmuskler som är delaktiga vid uppkomst av prat. Svårigheterna gör talet sluddrigt och ottydligt. (Ericson & Ericson, 2012 s. 263)

Afasi eller *dysfasi* är däremot störningar i språkfunktionen till följd av skada i hjärnan. Vid *afasi* har man svårt att förstå och/eller att uttrycka sig vid tal och skrift. Nedsatt förmåga att uttrycka sig och/eller förmågan att förstå brukar man benämna *dysfasi*. Man brukar prata om *expressiv afasi – dysfasi* och *impressiv afasi - dysfasi*. Vid *expressiv afasi - dysfasi* är patienten helt eller delvis oförmögen att uttrycka sig. Det är svårt att hitta de rätta orden men att förstå vad andra säger fungerar bra. Det som menas med *impressiv afasi – dysfasi* är då man helt eller delvis är oförmögen att förstå vad de andra säger. Uttrycket är ofta oklart men man kan prata. Orden blir fel och man snubblar på uttal vid invecklade ord. Att använda sig utav egna ord är också vanligt. (Blommengren & Ohlgren, 2007 s.56)

Neglekt eller *hemineglekt* är ett tillstånd då man inte är medveten om sin ena kroppshalva och omgivningen på den sidan. Detta kan man få om man får t.ex stroke i högra hjärnhalvan. Således är det då ens vänstra omgivning och kroppshalva man inte är medveten om och detta leder därmed till att man uppträder som om den vänstra sidan ”inte fanns”. T.ex. är det vanligt man endast rakar högra ansiktshalvan och lämnar kvar mat på vänstra sidan av tallriken. (Norrving, 2012. s.384; Ericson & Ericson, 2012 s. 261)

Också en annan följd till stroke är orienteringssvårigheter och *apraxi*, dvs rörelser som man tidigare klarat av är man nu oförmögen till. Således kan det bli svårt att hitta hem eller att orientera kroppen till kropps nära saker som t.ex. kläder om man har orienteringssvårigheter. Vid *apraxi* problem kan det leda till att man börjar bete sig fel i sådana situationer som klarat av, t.ex. att man klär tröjan på foten och börjar kamma håret med tandborsten. (Ericson & Ericson, 2012 s. 261)

Ätproblem är även vanligt efter stroke. En person kan bland annat få tuggsvårigheter så att man sväljer för stora bitar, *hamstring*, vilket innebär att man samlar mat i munnen, *dysfagi* som gör att man sväljer fel och kan sätta i halsen samt läcka så att det blir svårt att sluta läpparna. Av känselnedsättning kan det föregå förändrad smakupplevelse och om personen är nedstämd kan det ha en påverkan på aptiten. För att underlätta matsituationen kan passande måltidshjälpmiddel provas ut. (Ericson & Ericson, 2012 s. 257)

Spasticitet och *kontraktur* i musklerna är även vanligt i efterloppet av stroke. *Spasticitet* innebär att det sker en ökning av musklernas sträckreflexer. Detta ger livliga senreflexer, ökad muskeltonus samt ökat rörelsemotstånd i muskulaturen och uppstår oftast efter att de första pareserna börjat minska. Vid *kontraktur* sker ofrivilla muskelsammandragningar med förkortningar av muskeln och bindväv som ligger runtomkring, ligament, senor, ledkapsel och huden som är i anslutning till leden. För att motverka kontrakturer och spasticitet kan man utföra ben- och arm sträckningar samt aktivera vadmusklerna genom att t.ex. trampa på ett manoped. (Ericson & Ericson, 2012 s. 255 - 256)

En förbättring hos patienten är snabbast i början men avtar successivt. Således tyder det på att det är under de fyra första veckorna som hälften av den förväntade totala förbättringen av motoriska nedsättningar, afasi, neglekt och att klara av de dagliga livsfunktionerna sker. Några större spontanförändringar sker sällan efter 6 månader eftersom förbättringstakten blir långsammare efter de 4 första veckorna. Det tar ofta längre tid att återgå till ett fungerande vardagsliv än vad den själva neurologiska återhämtningen gör eftersom det krävs psykologisk och social anpassning till den nya situationen. (Pessah-Rasmussen, 2007. s. 292 - 293)

4.2 Anhörig

Vi människor är alla anhöriga till någon på något vis, men betydelsen av att vara anhörig kan ha olik betydelse för oss alla. (Johansson, 2016. s. 11) T.ex. ens partner, förälder, barn, barnbarn, kompis eller samboende kan räknas som anhörig om det är så att de hjälper en person som inte längre kan klara sig själv på grund av t.ex. sin ålder, sjukdom eller funktionsnedsättning. (anhörigahandboken u.å)

Att vara anhörig till en person som är sjuk eller på något vis är beroende av hjälp ter sig också olik från fall till fall. T.ex. är det skillnad mellan att vara anhörig till sin partner som

är i sina äldre dar och t.ex. har Parkinsons, än att vara en anhörig förälder till sitt barn som kan ha någon form av funktionsnedsättning. (Johansson, 2016 s. 10)

Även fast det finns skillnader finns det även likheter med att vara anhörig. De likheter som kan konstaterats att finnas bland de flesta anhöriga är att de kan känna sorg och oro samt även ha dåligt samvete. I boken ”Anhöriga - i nöd och lust” skriver Johansson på s. 10 om att man skall tänka på sig själv också för att man ska kunna hjälpa andra. På samma sida skriver även Johansson att flygvärdinnan brukar säga ”... Om ett tryckfall skulle uppstå i kabinen, kommer syrgasmasker att falla ned från taket. Sätt syrgasmasken på dig själv innan du hjälper andra...” och detta är också en likhet som finns bland anhöriga, dvs man bör alltså tänka på sig själv också, och även få hjälp själv för att kunna ta hand om andra.

Då någonting händer som inte skall få hända, t.ex. sjukdomsfall eller olycka är det vanligt att man kan hamna i en slags kris med många olika reaktioner. Båda parterna reagerar och man måste försöka infinna sig i det som hänt. Det som avgör konsekvenserna för den anhöriga är hur den drabbade själv hanterar fallet och vilken inställning hen har till det. Vissa kanske reagerar på sådant sätt att de blir helt knäckta och ger upp med det samma, medan någon kanske finner kraft och försöker ta sig igenom krisen. (Johansson, 2016. s.12)

När någonting händer någon av våra nära och kära blir vi oroliga, känner sorg och maktlöshet. Vi blir berörda. Vi blir inte enbart ledsna över personen som råkat illa ut, utan vi kan även känna sorg över att livet nu kommer att förändras och inte vara på samma vis som det varit. Vi känner även sorg över t.ex. att ens partner förändrats till följd av sjukdom och inte längre är den samma som hen varit. (Johansson, 2016. s.17,21)

4.2.1 Stöd för närståendevårdare

På Institutet för hälsa och välfärds hemsida (THL, 2017) avser man en närståendevårdaren som en person som tar hand om och vårdar en närstående som är sjuk, åldrande eller har någon funktionsnedsättning. Det bör dock vara en anhörig eller en annan närstående till personen som är i behov av vård.

Även på Institutet för hälsa och välfärds hemsida (THL, 2017) kan man läsa om vilka stöd och tjänster en närståendevårdare har rätt till. En närståendevårdare har rätt till stöd i olika former. T.ex. har de rätt till stöd i form av tjänster som anses vara nödvändiga för den vårdbehövande, rätt till ledighet samt rätt till vårdarvode och tjänster som ger stöd för den

närstående. Närståendevårdare har rätt till detta eftersom det är en lagstadgad service, och det är kommunens skyldighet att se till att sådant stöd för den närstående ordnas.

Det finns dock kriterier för att man skall beviljas närstående stöd. Det som avgör är på vilken bas vården ligger på, dvs på hur bindande och/eller krävande vården för den närstående är. Vårdbehovet grundar sig därmed på den anhöriges funktionsnedsättning, funktionsförmåga eller hälsotillstånd. (THL, 2017)

Enligt THL kan kommunen bevilja en person närståendevård enligt 3§ i lagen om närståendevård då:

- Personen är beroende av vård eller annan omvårdnad i hemmet på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller motsvarande orsak
- En anhörig eller annan närstående är beredd och villig att sörja för vård och omvårdnad med hjälp av tjänster som är nödvändiga för en närstående som är vårdbehövande
- Funktionsförmågan och hälsan på vårdaren anses som passande för de krav som ställs för närståendevård
- Nödvändiga social- och hälsovårdstjänster i kombination med närståendevården är tillräckliga med avseende på den vårdbehövande personens hälsa, välmående och trygghet.
- Hemmet som den vårdbehövande bor i är lämplig för vård med tanke på sanitära och andra omständigheter
- Samt om stödet för den vårdbehövande anses vara fördelaktigt.

Vårdarvode som närståendevårdarna har rätt till ges i form av pengar och det utgår från hur krävande och bindande vården är. Angående ledigheten har närståendevårdarna rätt till åtminstone två lediga dygn för varje månad. Om närståendevårdaren tar hand om personen som är vårdbehövande dygnet runt eller med bara några få avbrott, har närståendevårdaren rätt till åtminstone tre dygns ledighet varje månad. Under vårdarens ledighet skall kommunen se till att vårdnaden för den vårdbehövande ordnas på ett ändamålsenligt sätt. Detta planeras individuellt. Det som kan erbjudas är t.ex. en servicesedel som ger tillgång till att få tillfällig vård på ett vårdhem eller någon liknande boende enhet. (THL, 2017)

Det som även hör till kommunens skyldighet, är att förbereda närståendevårdaren för vårduppdraget de åtar sig och ge utbildning om sådant behov finns. Även undersökningar av närståendes välmående och hälsa bör vid behov ordnas. Social-och hälsotjänster som stöder deras välmående hör även till kommuns uppgift att ordna. (THL, 2017)

Social- och hälsotjänster för den vårdbehövande hör också till stöd som bör finnas för närståendevårdaren. Exempel på sådana tjänster kan t.ex. vara hjälpmedel och tillgång till hjälp av hemvård. Även andra stödtjänster som t.ex. måltids- och färdtjänster, ändringsarbeten i hemmet, dagvård samt kortvarigare vård eller andra hälsovårdstjänster hör också till stöd som bör finnas för närståendevårdaren. (THL, 2017)

På Sotkanets hemsida som publicerar statistikuppgifter över finländares välfärd och hälsa, kan man bland annat se statistiken över antalet personer som blivit berättigad till stöd för närståendevård finansierade av kommunerna, berättigade till ersättning för ändringsarbeten i bostaden finansierade av kommunerna samt berättigade till färdtjänst till följd av gravt funktionshinder finansierade av kommunerna.

Då man begränsar sökstatistiken för personer i åldersgruppen 65-74 år får man fram att år 2016 var det 7779 personer i hela landet som var berättigade till stöd för närståendevård. Vidare kan man se att år 2016 var det i hela landet 5926 klienter i åldern 65 år och över som enligt lagen om stöd för service och stöd på grund av handikapp fick ersättning för ändringsarbeten i bostaden, redskap eller anordningar som är relaterade till bostaden. Beträffande rätt att få färdtjänst enligt lagen om service och stöd på grund av handikapp för gravt funktionshindrade var det år 2016, 64 042 klienter inom åldersgruppen 65 år och över som blivit berättigade. (Sotkanet, 2017)

En förening som ordnar olika stödverksamheter för närståendevårdare är Folkhälsan. På Folkhälsans hemsida kan man gå in och bekanta sig med vilka olika verksamheter som ordnas och är menad för närståendevårdarna att ta del av. Bland annat ordnar de runt om i regionerna rekreationsdagar för närståendevårdare, olika sorters gruppverksamhet som kan bland annat vara anhörigcaféer, grupper som går ut på att samtala och få information, lyfta tillsammans-grupper, öppna dörrar-kurser samt motionsgrupper. Även kommunerna, församlingarna eller andra organisationer står för en del verksamhet som är menade skall ge stöd för närståendevårdarna. (Folkhälsan u.å)

4.2.2 Förändringar till följd av partners stroke

Gosman-Hedström och Dahlin-Ivanoff (2012 s. 5591 - 5593) har gjort en studie beträffande hur äldre kvinnor som tar hand om sin make som drabbats av stroke klarar av vardagslivet. Det man kom fram till i studien var bland annat att kvinnorna kände det som en förlust av sin livskamrat och att deras partner var mera som vård objekt som ständigt krävde ett vakande öga. De var oroliga över att partnern skulle få en ny stroke och om de hade några ärenden fick de göra dem korta eftersom de var rädda i fall någonting skulle hända partnern om de lämnades ensamma hemma allt för länge. Med andra ord blev de ganska bundna till sina hem och fick mindre kontakt med tidigare sociala nätverk. För att få lite tid för sig själva fick de försöka övertala sin partner om att hitta på någonting att göra t.ex. att titta på tv eller att få dem övertalade att vara några timmar på dagrehabilitering eller avlastning i några dagar som är menade för dem. Ett sätt att få hushållssysslor gjorda var att få dem i säng tidigare på kvällen. Trots allt var de ändå glada av att ha varandra och att de fortfarande kunde bo tillsammans hemma. Nära vänner och familjen ansåg de hade förståelse för deras situation.

I en studie gjord av Cao, Chung, Ferreira, Nelken, Brooks och Clott gjord år 2010 (s. 35, 38-40) har man undersökt hur närståendevårdarnas aktivitet förändrats efter partners stroke. Studien visar bland annat att deltagarnas roll och ansvar förändrades till följd av att partnern drabbats av stroke. Deltagarna fick nu ta ansvar för de sysslor som tidigare hört till makens ansvar och att bli närståendevårdare är som ett heltidsjobb, ganska stressfullt och leder till brist på egen tid. De som varit aktiva förut upplevde nu att de var mindre aktiva än tidigare då de inte fick samma tid för de aktiviteter som de hållit på med förut eller skulle vilja göra. Mycket av det de gjorde tidigare var även sådant som de brukade göra tillsammans, t.ex. att resa och vara ut socialt. Sådant hade i dagsläget förändrats till följd av partners fysiska begränsningar. Deltagarna var ändå medvetna om betydelsen av sin egna hälsa för att klara av att vårda sin partner. Ändå hände det att de hade för lite tid eller helt enkelt inte orkade och därmed fick bortse sin egna hälsa.

Barbic, Mayo, White och Bartlett (2014, s. 2868 - 2869) gjorde en studie som visade att deltagarna upplevde negativa förändringar i deras fysiska hälsa efter att de blev närståendevårdare. Bland annat upplevde de utmattning, viktninskning, kronisk smärta, sömnsvärigheter och dåliga hälsovanor. Att bli närståendevårdare påverkade också på personernas emotionella hälsa negativt. Det var vanligt att man kunde känna sig nere i humöret, vara orolig och lättirriterad. Ökad känsla av ensamhet, isolering och mindre intimitet till varandra var även vanligt. Också i denna studie framkom att det krävdes man

fick lära sig nya förmågor både inom omvårdnad och de uppgifter som den strokedrabbade normalt tagit hand om före. De kunde inte heller längre delta i aktiviteter som de tidigare hade sett som meningsfulla. Vikten av stöd från familj, vänner och vårdpersonal var även viktig för bekräftelsen av den förändrade rollen man gått in i.

I en studie gjord av Greenwood, Mackenzie, Wilson och Cloud år 2009 (s. 1125 - 1128) har man tittat på nya samt etablerade närståendevårdares erfarenheter av att sköta sin partner som fått stroke efter de 3 första månaderna partnern insjuknat. Likt som de övriga artiklarna känner också dessa deltagare en osäkerhet för den stroke drabbade. Att planera framöver ledde till svårigheter då deras partner hade oförutsedda beteenden och deras förmågor var ostabila. Deras strategier för att hantera osäkerheten var bland annat att ta en dag i taget, ha lite humor och införa rutiner i vardagen. Genom att ha en gnutta humor och kunna skratta nu som då med sin partner fick man en del av rädslan och chocken att dala av. De upplevde även att de fördes närmare varandra och familjemedlemmarna samt att de tog bättre hand om sin egen och deras partners hälsa. De fick också förståelse för vad som var viktigt här i livet.

4.2.3 Närståendevårdares syn på stöd

Beträffande upplevelser av stöd har det gjorts en studie av Simon & Kumar (2002 s. 160 - 161) som tar upp om närståendevårdares syn på stöd av kommunen. Det man bland annat kom fram till var att deltagarna upplevde att information om vilka lokala stödtjänster som fanns var bristfälliga och att kontinuerlig kontakt av vårdpersonal skulle ha uppskattats av många deltagare. Avlastningsvård erbjöds också, men det var ändå många som inte använde dem eftersom för många var det så att deras partner inte ville åka iväg. Närståendevårdarna hade även använt sig utav hemvården, vilket de tyckte var bra, men detta ledde till att tider behövde passas, ett schema för veckan när de skulle komma behövde planeras och ofta kom de inte heller den tid som var menad, så de slutade helt enkelt ta hjälp av hemvården. Det fanns också en viss oro över vem som skulle ställa upp om det hände dem själv någonting. De visste ju att deras partner inte skulle klara sig på egen hand.

I en studie gjord av Åsberg – Hultér, Söderholm, Bjarne och Johansson (2014 s. 1,3) där man kartlagt situationen för anhöriga till personer som drabbats av stroke visade det sig att många av dem bara kunde vara från deras sjuke högst en halv dag. Praktiska sysslor och daglig omvårdnad hörde till mångas arbetsinsatser och många hade behövt gå ner i arbetstid eller helt och hållet sluta arbeta på grund av att deras närstående hade insjuknat i stroke. Det

visade sig att dessa inte visste vart de kunde vända sig om de behövde få råd och stöd. Då det gäller initiativ till vård, rehabilitering och hjälp förväntas patienten själv ta kontakt med kommunen. Då får de anhöriga för personer med funktionsnedsättning en viktig roll med att fungera som initiativtagare och företrädare. Anhörigas närstående kan få omsorg och stöd från den offentliga vården, men då det gäller kontinuiteten är det på de anhöriga det gäller eftersom det är de som känner sina närståendes personlighet och preferenser bäst. Eftersom det är många anhöriga som vill och dessutom förväntas ta hand om sin strokepatient hemma, behöver anhöriga få kunskap och information samt eventuellt också avlastning för att de inte själva ska bli sjuka. Detsamma är viktigt för patienten, att hen skall ha tillgång till rehabilitering och funktionsuppehållande träning.

Greenwood, Mackenzie, Harris, Fenton och Cloud (2011 s.4,5) har också gjort en studie beträffande synpunkter på stödtjänster hos bland annat närståendevårdare. I studien visade det sig bland annat att närståendevårdarnas förväntningar om stöd från allmän praxis var låga och de fick varken vad de förväntade sig och inte heller mycket stöd för dem själva. Särskilt i början efter att deras partner insjuknade kunde de anse att det vore bra om någon hade tagit kontakt med dem för att fråga hur de mårde och vissa hade även gärna uppskattat emotionellt stöd. Det ansågs även att det hängde på deltagarna själva att begära hjälp om det behövdes eftersom det inte erbjöds rutinmässigt. Vissa vårdgivare uppskattade också att få hjälp med bland annat praktiska omvårdnadsåtgärder, information om tillgängligt stöd och hjälp med formulär i fyllning som stödåtgärd.

I en annan studie gjord av Willemse, Anthierens, Farfan-Portet, Schmitz, Macq, Bastiaens, Dilles och Remmen (2016 s.1,4 - 5) har man gjort en jämförelse mellan 5 europeiska länder (Belgien, Nederländerna, Luxemburg, Frankrike och Tyskland) beträffande närståendevårdares användning utav stödåtgärder som erbjuds. Närståendevårdarna sörgde för personlig omvårdad eller stöd hemma och säkerställde kontinuiteten av vården genom samordning av formell vård. De föredrog också att göra så mycket som möjligt själva utan professionell hjälp och att deras beroende äldre fick vårdas hemma av någon de kände istället för att vårdas på institution. De flesta utav närståendevårdarna hade blivit informerade om de formella stödtjänster som fanns tillgängliga för deras beroende äldre via allmän praxis eller socialsköterskan vid avfärd från sjukhuset. Det framkom att i Nederländerna, Luxemburg, Tyskland och Frankrike var den beroende äldre berättigad information om vård via vårdpaket av hälsoförsäkringen eller kommunen medan det i Belgien var svårare att få information då den kom från flera olika sektorer av socialförsäkringssystemet.

Ekonomiska tillägg, t.ex. vårdbidrag delades inte alltid ut då kommunen hade rätt att avgöra om närståendevårdarna var berättigad till finansiella tillägg eller inte. Om vårdbidrag fanns tillgängligt var de sällan begärda eftersom de ansågs vara för små för att täcka kostnaderna för närståendevårdarna. Även användning utav avlastnings vård och psykosocialt stöd var inte för alla bekanta eller användes sällan på grund av att det var brist på förtroendet och starka relationsband mellan närståendevårdaren och den beroende äldre. De som visste om att sådana tjänster fanns använde sig inte heller nödvändigtvis sig utav dem då det var ganska dyrt. Dock de som använde sig utav dessa tjänster uppskattade dem och använde dem flitigt då de gav närståendevårdarna tillåtelse att få tid för sig själva eller deras familj. (Willemse et al. 2016 s. 6)

5 Metod

Som metod används kvalitativ intervjustudie. Att göra en intervjustudie är passande då man vill öka förståelsen av ett fenomen eller en situation. Det ger en bra överblick att förstå deltagarnas erfarenheter då de med egna ord får beskriva deras syn på olika saker. Med andra ord är det ett bra sätt att förstå personers åsikter, känslor, erfarenheter och tankar. (Danielson, 2012, s.165, 173; Alvehus, 2013. s.81)

5.1 Urval av deltagare

Då man ska välja deltagare till sin intervjustudie väljer man de som är relevanta för det man vill ta reda på, dvs de som är väsentliga med syftet. Personerna som deltar i intervjustudien kan benämnas deltagare eller informanter. (Danielson, 2012 s. 164) I detta arbete har det valts att kalla de personer som deltar för deltagare.

Skribenten hade via bekanta blivit informerad om passliga deltagare på orten och valde således ut fyra stycken personer som var närståendevårdare till sin partner. Personerna var i åldern 71-76 och hade olika erfarenhetslängd av att vara närståendevårdare. Erfarenhetslängden varierade från 1 år till 5 år. Dessa fyra personer kontaktades via telefon och blev informerade om skribenten, syftet med studien, hur den skulle gå till, att det var frivilligt att delta, att de förblir anonyma och att de har rätt att avbryta när de ville samt att materialet förstörs efteråt. Samtliga fyra personer ställde upp och vi kom således överens om när intervjun skulle ske.

5.2 Intervju

I en kvalitativ forskningsintervju är fokus på mötet mellan den som intervjuar och deltagaren. Genom att intervju vill man identifiera egenskaper om någonting, t.ex. den intervjuades livsvärld eller uppfattning om någonting. Eftersom en intervju baserar sig på personers egenskaper eller uppfattningar kan man således inte formulera svarsalternativen för deltagarna och inte heller avgöra vad som är det ”korrekta” svaret på frågan. (Danielson, 2012, s. 165; Davidson & Patel, 2011, s.82)

Under intervjun bör den som intervjuar hjälpa deltagaren att bygga upp ett meningsfullt och sammanhängande resonemang i samtalet om det valda ämnet. Det är också viktigt med hur man pratar med deltagaren under intervjun så att personen inte känner sig illa till mods. Således är det viktigt att personen som intervjuar behärskar språkbruket. Att lägga märke till gester och kroppsspråk som kan vara relevant i situationen är också bra att observera hos deltagaren under intervjun. (Davidson & Patel, 2011. s. 82)

Då man gör en kvalitativ forskningsintervju kan man välja att använda sig utav en ostrukturerad eller strukturerad intervjumetod. Vid den ostrukturerade intervjumetoden har man formulerat en intervjuguide med en eller flera frågor som man har som stöd under intervjun. Under frågorna kan man sammanställa stödord. Det går också att göra en ostrukturerad intervju berättande till sin karaktär, och då låter man deltagaren berätta fritt om det valda ämnet utan att de blir störda. Intervjuaren får då sitta och lyssna och eventuellt styra upp deltagarna tillbaks på ämnet i fall de tappar tråden. Likaså är semistrukturerad intervju en möjlig intervjumetod. I denna metod formuleras frågorna i en viss struktur men de behöver dock inte tas i ordning. Som intervjuare anpassar man sig således till vad som kommer till tals i intervjun. (Danielson, 2017 s. 144 - 145)

Vid en strukturerad intervju ställer man däremot exakt samma frågor och på samma sätt till alla deltagare. Det förekommer även ja/nej frågor och det kan finnas flera svarsalternativ eller påståenden man får välja mellan. Således får man jämförbara svar som bidrar till kvantitativ data. Om man låter deltagaren svara skriftligt på intervjun, har man skapat ett frågeformulär. Då är det ofta vanligt att man har några öppna frågor som ska bidra med ökad kunskap om ämnet och då får deltagaren med egna ord svara på dessa. Denna metod tar tid att sammanställa men är dock lätt att arbeta med i dataanalysen. Då man intervjuar personerna kan man göra det antingen via telefon, eller ansikte mot ansikte. (Danielson, 2017 s. 145)

I detta examensarbete använder skribenten sig utav en semistrukturerad intervju med öppna frågor då det ansågs som passande. Frågorna formades så att de skulle svara på syftet med studien. Före skribenten började intervjuar har handledande lärare läst igenom dem och gett godkännande. Intervjuerna skedde i deltagarnas hem och alla intervjuer bandades in på telefonen då skribenten fick tillåtelse utav deltagarna.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

Som analysmetod använder skribenten sig utav kvalitativ innehållsanalys. Att använda sig utav kvalitativ innehållsanalys passar bra då man har en mindre mängd data från ett antal intervjuer. Innehållet kan då beskrivas eller tolkas mera djupgående. (Danielson, 2012 s.336)

Det går ut på att man systematiskt grupperar den text man samlat in från sin datainsamlingsmetod. Det man således gör är att man reducerar mängden material från enskilda uttalanden till större helhetsgrupper. Under dessa grupper gör man sedan flera utsagor som kan antingen vara baserade på den teoretiska referensramen eller fritt och induktivt från materialet. Eventuella undergrupper till dessa bör analyseras då man fått fram de väsentliga grupperna. Grupperna kan med fördel understrykas med passande citat då man sedan redovisar resultatet. Det är viktigt att forskaren beskriver hur man har gjort innehållsanalysen så att tillförlitligheten för resultatet ökar. (Nyberg & Tidström, 2012. s. 135 - 136)

Efter intervjuerna transkriberades texterna på datorn. Skribenten läste igenom intervjuerna flera gånger för att skapa sig en överblick av materialet och därefter började materialet sorteras och grupperas för att få fram svar på frågeställningarna. Detta skedde även på datorn. Slutligen fick skribenten fram tre huvudkategorier och dessutom underkategorier.

5.4 Etiska övervägande

Då man gör ett vetenskapligt arbete vill man öka förståelsen för olika fenomen. För att man skall få kunskapen behövs ofta människor som medverkar. Människorna används därmed som medel för att få kunskap. De behöver ge sig tid att delta och möjligen även utsätta sig för olika risker. Detta kan göra att människorna utnyttjas. Därför finns det forskningsetik, vars syfte är att se till att människors grundläggande värde och rättigheter försvaras. (Kjellström, 2012. s.70 - 71)

Vid en intervjustudie behöver det finnas en utförlig beskrivning av hur man tänkt genomföra intervjuerna, hur intervjufrågorna ser ut, vilket tillvägagångssätt av urvalet av personer man tänkt rikta sig till samt även hur deltagarna skall få informationen och hur samtycket skall inhämtas. Det bör också nämnas hur man skall hantera intervjumaterialet både under och efter studien. Att ange om man menat förstöra materialet efteråt är således passande. (Danielson, 2012. S.169)

Det som avses med informerat samtycke är att man har informerat de personer som ska delta i forskningsarbetet om det allmänna syftet med undersökningen, hur den är upplagd i det stora hela samt vilka risker det kan finnas och fördelar som kan vara förenade med att delta. Det innebär också att deltagarna vet om att det är frivilligt att delta, och när som helst har rätt att avsluta om man inte vill delta längre. Information om att identiteten inte kommer lämnas ut, dvs. privat data som kan identifiera deltagarna, bör också ges samt vem som har tillgång till intervjun. (Brinkmann & Kvale, 2009. s. 87 - 88)

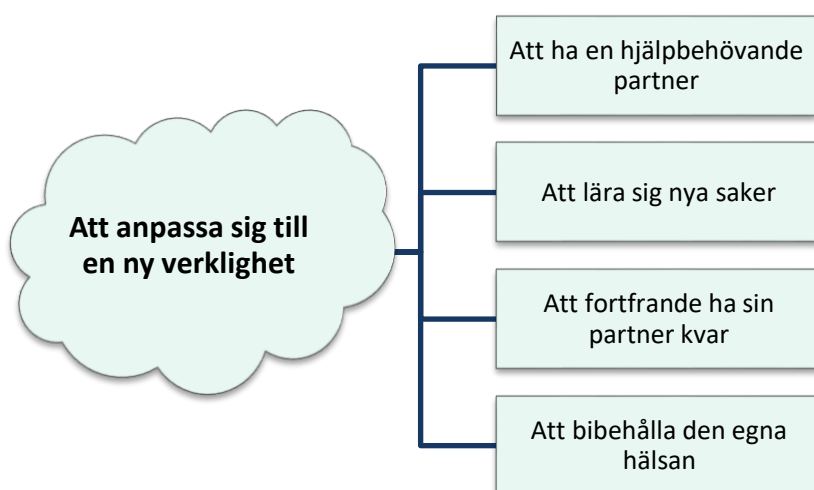
I samband som skribenten kontaktade deltagarna till studien, blev de som tidigare nämnt upplysta om att det är frivilligt att delta, och att man när som helst fick avbryta intervjun om man inte längre ville fortsätta. De blev även informerade om att materialet behandlas konfidentiellt och att de inspelade intervjuerna förstörs efter att examensarbetet är klart så ingen annan har tillgång till det eller att det används till något annat. Väl vid intervjutillfället blev deltagarna även en till gång upplysta om vad som gällde och de fick även läsa igenom informationsbrevet och skriva under en samtyckesblankett som skribenten sammanställt och hade med sig. Dessa dokument finns bifogade i slutet av examensarbetet.

6 Resultat

Studiens syfte var att få en överblick hur livet har förändrats för de som är närståendevårdare efter att deras partner drabbats av stroke. Materialet från intervjuerna har analyserats så att det skall svara på frågeställningarna till studien och i detta kapitel kommer resultatet att presenteras. Det framkom tre huvudkategorier: ***Att anpassa sig till en ny verklighet***, ***Att vara bunden till sin partner*** och ***Behov av stöd***. Därtill uppstod underkategorier till dessa huvudkategorier. För att förtydliga är huvudkategorierna svärtade och kursiverade medan underkategorierna till var huvudkategori är kursiverade och understreckade.

6.1 Att anpassa sig till en ny verklighet

Till denna kategori kommer det att presenteras hur närståendevårdarna har fått anpassa sig till den nya situationen. Att vara med om händelser som gör att livet inte är det samma längre, leder till att man får lära sig hantera den nya situationen och finna nya lösningar på problem. Under denna kategori framkom fyra underkategorier: *Att ha en hjälpbehövande partner*, *Att lära sig nya saker*, *Att fortfarande ha sin partner kvar* och *Att bibehålla den egna hälsan*.



Figur 1. Huvudkategori och underkategorier

Att ha en hjälpbehövande partner

Efter att deltagarnas partner fick stroke, har partnern blivit väldigt hjälpbehövande och beroende av deltagaren. Deltagarna har blivit tvungna att börja hjälpa sin partner med det mesta som de inte själva klarar av längre. Klara av att äta själv och sköta morgonhygien klarade de av, men vid toalettbesöken samt påklädningar fick de lov att hjälpa till. Deltagarna får med andra ord vara sin partners andra hand. Detta är en ny situation för deltagarna som de fått lära sig handskas med.

"han är nog hjälpbehövande precis med allt, men han äter ju själv. Men med allt annat så skall det nog vara hjälp, för han sitter ju i rullstol hela tiden"

”Han skall ha hjälp med allt.... Nå han äter ju och tvättar sig ur ögonen och sånt själv men inte som så riktigt mycket annat”

Att lära sig nya saker

De flesta av deltagarna påtalade att gå in i rollen som närståendevårdare har lett till man ställs inför att lära sig nya saker. Då partnern har haft hand om vissa sysslor och inte längre är förmögen att klara av dessa mera, får den andra partnern lov och lära sig dessa. Deras ansvarsområde har förändrats. Det var allt från hemmasysslor, bankärenden till att se till så allting i huset fungerade.

” ...allting nytt för mig, du vet. Jag har ju inte kunnat koka någonting och inte har jag fått gjort några andra såna här hemmasysslor ... ”bökas” och allt möjligt, städas och sånt där allt, så jag var tvungen att lära mig det”

”Så mycket nytt jag har fått lära mig! Att springa och titta på pannan, och jag har fått lära mig att titta efter allting så att det funkar i huset.”

Att fortfarande ha sin partner kvar

Många utav deltagarna upplever det dock meningsfullt att de fortfarande får ha sin partner kvar och att de kan vårdas hemma. Deltagarna menar att så länge de själva orkar och kan vårda sin partner hemma, vill man göra på det viset. Att vårdas på en vårdinrättning är något som varken deltagarna eller deras partner vill, man strävar att i det långa loppet klara sig så bra som möjligt själva hemma. Om det skulle ske någonting visste de nog ändå vart de skulle vända sig för att få hjälp.

” att vi nu får vara bredvid varandra så mycket som möjligt, så mycket vi orkar, det är ju meningsfullt”

” det är meningsfullt i och med att jag är så frisk så att han kan vara här hemma för det skulle ju nog jag tycka skulle ha varit förskräckligt om han inte skulle ha kunnat vara här hemma utan varit inlagd på någon inrättning som 71 åring”

Att bibehålla den egna hälsan

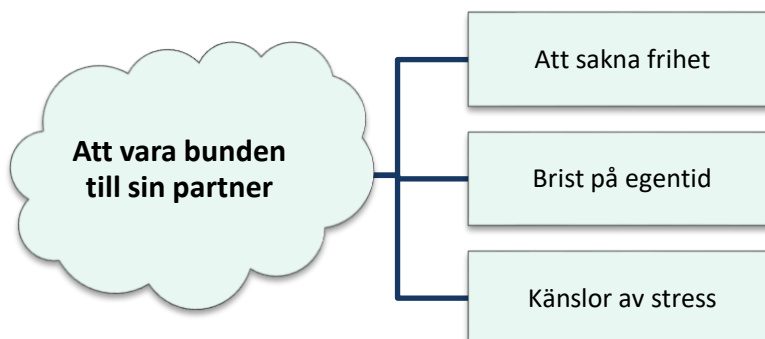
För att orka sköta ens partner hemma menar deltagarna att stor vikt ligger på ens egna hälsa. De menar om de själva inte är i så bra form som de är skulle de inte orka. Att vara närståendevårdare är tungt både fysiskt och psykiskt. En del utav deltagarna försöker ta sig tid för att få röra på sig så att de ska må bra. Den egna hälsan har med andra ord en stor betydelse för den roll de besitter. Trots att de är till insikt om att hälsan är viktig, blir den ändå lidande. Det leder ibland till att man får låta sin egna hälsa komma i andra hand eftersom man inte har tid för att prioritera sig själv. Då det tar upp mycket av ens egen tid att sköta om sin partner får man ibland lov och skjuta upp saker man borde gjort.

”jag motionerar ju nog mycket... man behöver nog bra kondition för att orka med sånt här... Det är både psykiskt och fysiskt belastande”

”t.ex. då man skulle ha behövt varit till ögonläkaren, det har jag nu haft uppskjutet nu i två år, ... den kommer i andra hand egen hälsa”

6.2 Att vara bunden till sin partner

Att vara närstående till sin partner som drabbats av stroke leder till en känsla av att vara bunden till sin partner. Man har inte den samma friheten som förut. Nu har man någon annan utom sig själv att ta hand om. Till denna huvudkategori framkom det tre underkategorier som har med känslan av att vara bunden till sin partner att göra. Dessa underkategorier är: *Att sakna frihet, Brist på egen tid, Känslor av stress.*



Figur 2. Huvudkategori och underkategorier

Att sakna frihet

Det som deltagarna saknar mest efter att deras liv förändrats är friheten. De upplever att de inte har samma frihet mera att kunna göra saker som de tidigare brukade göra eftersom deras partner är så beroende av dem numera. De intressen som de tidigare haft gemensamt, t.ex. att vara ute samtidigt och resa var nu något som avtagit. Även de uppgifter som hört till parternas ansvarsområde som de inte längre klarar av att göra var något som deltagarna saknade. De upplever att deras partner är beroende av dem och att de således blir mera begränsade i dagsläget då de känner sig bunden till sin partner.

” just det här med frihet, att kunna röras... man är ju som bunden. Inte går det att åka iväg nå längre vägar, någon halvdag eller dylikt ”

” det jag saknar mest är ju friheten att vi fick komma och fara då vi ville, och så saknar jag den där friheten att vi kunde åka ut och resa och sitta och planera vart skall vi åka nu ”

Brist på egen tid

Det är inte enbart att sakna den frihet som de hade förr som deltagarna upplever. I och med att de är bunden till sin partner, upplever de att få tid för sig själv är något som kommer i andra hand. De får för lite egen tid. Att hålla på med sådana fritidsnöjen man gjorde tidigare har man nu fått dra ned på. Nu får man försöka ta sig egen tid eller passa på om man råkar få en ledig stund för sig själv, såsom på morgonen då partnern ännu sover. Det går inte nu längre att tänka bara på sig själv. Nu får man försöka pussla med tiden.

”jag skulle vilja ha mycket mera egen tid och får göra någonting som jag har brukat göra ”

”nog inskränker det på alla nöjen nog ”

Känslor av stress

Att vara bunden till sin partner kan för deltagarna leda till känslor av stress i vardagslivet. Speciella tillfällen då de kan känna sig stressade är t.ex. då de skall och handla. Att tänka på tiden, göra sina ärenden korta och inte stanna upp och prata med bekanta är något deltagarna får ha i åtanke eftersom de vet att deras partner är hemma ensam och väntar att de skall komma hem.

”Man är till affären, man tittar på klockan och funderar kan man fara dit nu, upp till halpa halli eller blir det för länge, ..., det går inte att vara bort för länge, så det är ju nog som en stress lite hela tiden”

”det är ju också en stress då jag skall och handla, att jag skall börja träffa på nå mycket känt folk som jag måste stå och prata med, för då sitter han här hemma och bara tittar ”

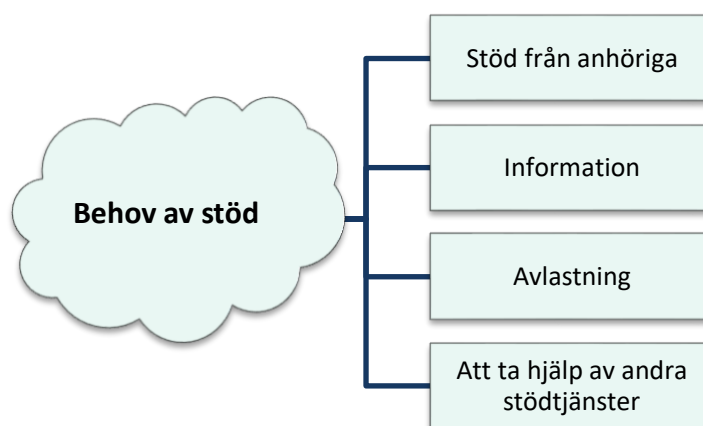
Deltagarna upplever att deras partner känner en oro för dem om de är ute på någonting och blir kvar ensamma hemma. De upplever att de inte kan lämna sin partner hemma längre stunder innan partnern blir oroliga och börjar ringa och fråga var de är. Gemensamt för deltagarna var att de kunde lämna sin partner ensam hemma mellan en timme till en och en halv. Fast deras partner vet att de har ärenden de behöver göra har de ändå inte tålamodet att vara ensamma. Tiden för deltagarna blir med andra ord något som de ständigt behöver ha i åtanke.

” du får nog vara, men va inte så länge”

”nog kan han ringa också och fråga om jag inte börjar komma”

6.3 Behov av stöd

För att orka som närståendevårdare behöver man stöd. Beträffande stöd finns det olika ställen man kan få stöd och information ifrån. Från intervjuerna framkom huvudkategorin **Behov av stöd** och till den fyra underkategorier: *Stöd från anhöriga*, *Information*, *Avlastning* och *Att ta hjälp av andra stödtjänster*.



Figur 3. Huvudkategori och underkategorier

Stöd från anhöriga

Beträffande stöd upplever närståendevårdaren att det är från familjemedlemmar som de får stöd, men även från nära anhöriga och en del vänner upplever man att man får visst stöd. Då det gäller ekonomiskt stöd upplever en del att det inte är så mycket man får från kommunen, men att detta ändå inte har så stor påverkan då det ändå inte gör att partnern får tillbaka sin gamla hälsa.

” de här egna barn och barnbarn så som tur är bor så nära, det är till stor hjälp det ”

” det är ju bra då min dotter med sin familj bor så pass nära ”

Information

Angående information upplever en del av deltagarna att de fått tillräckligt, medan en del upplever att de fått otillräcklig information. De som upplever att de fått otillräckligt med information menar att man själv behöver vara aktiv med att fråga och få fram information. De som upplever att de fått tillräckligt med information använder sig ändå inte utav allt som de skulle ha rätt till, men de vet att det finns.

” jag tycker nog de har varit bra, och nog blivit upplyst faktiskt om allt man kan få hjälp med ”

” delvis får man ju nog information men man får nog lov och ta reda på en hel del själv också, så inte får vi information till 100% ”

Avlastning

För att få lite avkoppling i vardagslivet var det många utav deltagarna som hade sin partner in på avlastning, men det fanns även de som inte använde sig utav denna tjänst. Av de som använde sig utav avlastningsperioderna var det nästan alla som upplevde att avlastningsperioderna var för korta. På den korta tid som partnern är inne hinner man inte koppla av och samla nya krafter. Det framkom i synnerhet som en önskan att avlastningsperioden kunde vara längre. En vecka åt gången, var fjärde vecka tyckte de skulle varit bra. De kunde också tycka att de inte blev uppskattade för det arbete de gjorde och inte förstod att avlastningsperioderna för dem var viktiga då de skulle få tid att samla nya krafter.

” Jag tycker ju att de inte är tillräckligt långa, jag skulle ju vilja ha dem längre, åtminstone en dag, helst två dagar till! Jag skulle vilja ha dem som det var förr, en vecka åt gången, var fjärde vecka”

” ena dagen är den då han skall in och så ska han ut då åter och de där 3 dagarna där då emellan, inte far du och gör någonting mycket extra ”

Beträffande rekreationsutbud var det få deltagare som utnyttjade något sådant. En var på motionstillfällen en gång i veckan som ordnades men resten så visade sig att de antingen var ut båda två då någonting ordnades eller så var det bara så att de inte utnyttjade det. De menade att de nog kunde ha möjlighet att ta tillvara dessa möjligheter som bjöds ut, men oftast så var det mera önskvärt med att bara få vara hemma och koppla av.

”då jag allra helst skulle vilja att det här rekreations skulle vara här hemma och han skulle vara in på HVC och jag skulle få göra vad jag vill här hemma, i huset för då kopplar jag allra bäst av”

Att ta hjälp av andra stödtjänster

Till de personer som är närståendevårdare finns det tjänster som de kan använda sig utav i vardagen, t.ex. hemvården och färdtjänst, så att deras vardag till viss del kan underlättas. Det är några utav deltagarna som tar hjälp eller har tagit hjälp utav hemvården under något skede i livet efter att deras partner insjuknat. Det har då främst varit duschningen de tagit hjälp med eftersom detta var något de inte ville åta sig själv.

”2 gånger i veckan kommer en som tvättar, men nu då det blev vinter och det så har vi bara henne 1 gång i veckan ... det vill jag nu inte börja på med själv”

” De var och duschade och hjälpte till i början nog men, de tyckte väl jag började klara det och det tyckte jag själv också, och som det nu är så sköter jag det. Om det behövs så får jag hjälp”

Dock var de flesta utav deltagarna ense om att de just nu inte behövde nå mera hjälp. De ansåg att så länge deras egna hälsa är så bra som den är ska de klara sig själva. Så länge de orkar och kan, vill de ta hand om sin partner själva. Då den dagen kommer då de inte längre

orkar visste de nog ändå vart de skulle vända sig för att få hjälp. Dessutom menade dom att ju mer man använder sig utav de olika tjänster som finns tillgängliga för att fungera som stöd, ju mer har man att passa. De upplevde det som att det då ledde till att man fick en annan människa att tänka på och mera tider att passa utöver deras egna tider och rutiner.

”man vill som vara ifred mera. Desto mer du utnyttjar så är det alltid någon som är och ringer på dörren, du är som störd hela tiden...jag vill inte med sånt där jag så länge jag ork och kan själv”

”vi försöker ju som utgå från det att vi skall klara oss själva i det längsta”

Fast deltagarnas partner har rätt till färdtjänst var det ändå få utav dem som utnyttjade denna tjänst. Trots att deras partner har funktionsnedsättningar begränsade det inte dem att ta sig ut och åka i egen bil. En del av dem upplevde det som rogivande att kunna ta sig ut på egen hand och en del menade också att partnerns funktionsnedsättning inte ska låta dem hindras vara bunden till hemmet. Även fast de upplevde att de saknade den frihet de hade förr lät de sig ändå inte avskiljas från omgivningen genom att stanna kvar i sina hem. Vissa hade till och med skaffat en egen anpassad passagerarstol till bilen så att det skulle vara lättare att ta sig i och ur bilen. De ville med andra ord fortfarande bevara en del från den tiden före de insjuknade och kunna känna sig fria.

”tack vare vi har egen stol i bilen ordnad så vi kan fara och komma lite som vi vill, så inte är vi totalt isolerade på något vis inte”

”Han har ju som varit för att vara ute och vara social hela tiden, så därför brukar jag säga att inte kan jag ju ta det av honom inte, nog måste jag ju fara ut med honom nog”

”det är ju ungefär som att få slippa ut lite, att slippa ut och se sig omkring lite och köra själv i lugn och ro”

7 Diskussion

Under detta kapitel kommer metoden och resultatet att diskuteras. Diskussionens syfte är att belysa de huvudfynd man kommit fram till från resultatet och jämföra dem mot bakgrunden, den teoretiska utgångspunkten och tidigare forskning. (Henricson, 2012, s. 471)

7.1 Resultatdiskussion

Examensarbetets syfte var att få en överblick hur det är att vara närståendevårdare till ens partner som drabbats av stroke. Skribenten anser att resultatet svarar på de frågeställningar som utformats. Första frågeställningen var ”Hur förändrades livet efter att partnern drabbades av stroke”. I resultatet kan man konstatera att närståendevårdarnas liv inte är detsamma längre, de har fått lov och lära sig nya saker och de har inte lägre den egna friheten som de hade förut. Den andra frågeställningen var ”Vilket stöd är närståendevårdaren i av”. Ur resultatet framkom det att närståendevårdarna får stöd från familjemedlemmar och även nära anhöriga. Närståendevårdarna var även i behov av stöd bland annat från någon stödtjänst under något skede i deras partners insjuknande men det framkom också att de inte ändå var i så stort behov av stödtjänster då de själva ansåg sig klara av att sköta sin partner.

Nedan följer diskussion kring resultatet mot bakgrunden, tidigare forskning och den teoretiska utgångspunkten. De tre huvudkategorierna *Att anpassa sig till en ny verklighet*, *Att vara bunden till sin partner* och *Behov av stöd* som framkom i resultatet diskuteras i den ordning de framförts i resultatdelen.

7.1.1 Att anpassa sig till en ny verklighet

Att bli närståendevårdare har lett till att deltagarna fått lära sig nya saker och dessutom uppgifter som ofta förut hört till partners sysslor. Samma resultat framkommer även i artiklarna av Cao et al. (2010) och Barbic et al. (2014), där man kan konstaterar att deltagarnas roller och ansvar har ändrats och att de har ställts inför att lära sig mera omvårdnads uppgifter och fått lära sig de uppgifter som deras partner haft. Då man ser till Antonovskys teori påvisar deltagarna därmed också att de har känslor av begriplighet för deras situation. Som han skriver i sin teori, förmår de personer med hög känsla av begriplighet göra svåra situationer begripliga. (Antonovsky, 2005. s. 44) Deltagarna har fått lov att finna nya lösningar i sin nuvarande livssituation och därmed påvisar att de gjort sin situation de befinner sig i begripliga. Johansson (2016 s. 12) har även konstaterat det samma, att det är upp till den närstående hur de hanterar situationen och vilken inställning de har som är avgörande i hur man klarar av det man råkat ut för.

Trots att deltagarnas partner numera hade någon funktionsnedsättning, var de ändå glada och såg det som meningsfullt att de fortfarande fick ha sin partner kvar. Gosman-Hedström & Dahlin-Ivanhoff (2012) hade också konstaterat att det var betydelsefullt att få sin partner kvar. Relaterat till Antonovsky (2005, s. 45 - 46) gällande begreppet meningsfullhet, som

innebär att man ser en del utav de problem som man utsätts för som någonting värt att ge energi och engagemang åt samt är inställd på att finna en mening och göra sitt bästa, kan man se att deltagarna har känslor av meningsfullhet. De är glada att ha sin partner kvar och vårdar till följd av sin kärlek till dem. Således tyder det på att de finner energi av att vårda sin partner då detta ses som något att sätta sin energi på, men det är väl ändå inte så konstigt med tanke på att det är sin partner det handlar om.

En annan sak som deltagarna såg som meningsfullt var att det fortfarande kunde ta hand om sin partner och vårda dem hemma. Varken deltagarna eller deras partner ville bli vårdade på en vårdinrättning ännu. I Willemse et al. (2016) artikel har man också kommit fram till detta svar. I artikeln föredrog man att göra så mycket som möjligt man klarade av själva och att de äldre beroende fick vårdas hemma istället för på en vårdinrättning.

Hanterbarhet, enligt Antonovsky, är då man upplever man har resurser till förfogande som hjälper en att klara av de stimuli som man utsätts för. (Antonovsky, 2005. s. 45) Deltagarna i detta examensarbete påtalade att den egna hälsan är viktig. Om de inte vore i så bra form som de är hade de nog inte orkat ta hand om sin partner. Detta tyder på en resurs då det har betydelse i att vara närståendevårdare. Cao et al. (2010) har även i sin artikel kommit fram till att deltagarnas egna hälsa är viktig för att orka. Dock visade det sig att de ofta hade för lite tid för sig själva så att deras egna hälsa därmed försumrades. Samma resultat framkom även i detta examensarbete. Deltagarna fick både i artikeln av Cao et al. (2010) och i detta examensarbete lov och låta sin egna hälsa komma i andra hand eftersom de hade sin partner att ta hand om. Johnsson (2016, s.10) påpekade även att det var viktigt att tänka på sig själv och ta hand om sig själv då man är närståendevårdare för att man ska kunna ta hand om andra.

7.1.2 Att vara bunden till sin partner

Det som starkt poängterades utav deltagarna var att de saknade friheten de hade förr samt brist på egen tid. De saknade att göra saker tillsammans som de gjorde tidigare med sin partner och de fick inte heller lika mycket tid för sig själva längre att få utöva sina aktiviteter och hobbyer. Samma resultat framkommer i artiklarna av Cao, et al. (2010), Gosman-Hedström & Dahlin-Ivanhoff (2012) och Barbic, et al. (2014). Där visar de också att deltagarna upplever att de inte kan göra sådana saker som de brukat göra tillsammans längre. De kan inte längre delta i aktiviteter som de sett som meningsfulla samt vara social. Även egen tid för sig själv i hemmet var liten.

I Gosman-Hedström & Dahlin-Ivanhoffs (2012) och Åsberg – Hulter et al.s (2014) artikel kan man läsa att deltagarna väldigt ofta är oroliga över att deras partner skall drabbas av en ny stroke eller att någonting annat skall hända dem. Därför vågar de inte lämna partnern ensam hemma allt för länge och de håller ständigt ett vakande öga på dem. I skribentens examensarbete visas dock motsatsen till artiklarna. I detta fall är det den stroke drabbade som ofta blir orolig att det ska hända deras partner någonting då de är borta längre stunder. Deltagarna upplever därmed att de inte kan vara borta allt för länge då de veta att deras partner är hemma själv och blir orolig efter någon timme. Detta leder därmed till känsla av stress för deltagarna.

7.1.3 Behov av stöd

Familjemedlemmar, nära anhöriga och en del vänner ansåg närståendevårdarna var personer de fick stöd av. Gosman-Hedström & Dahlin-Ivanhoff (2012) har även i sin artikel kommit fram till att det är just familjen och nära vänner som kunde förstå närståendevårdarnas situation men även i artikeln skriven av Barbic et.al (2014) kommer det fram att stöd från vårdpersonal är viktigt. Detta kan även relateras till Antonovskys teori beträffande begreppet hanterbarhet. (Antonovsky, 2005. s. 45) Närståendevårdarna upplever att deras familjemedlemmar finns till och således kan det ses som en resurs de har till förfogande som hjälper dem att klara av deras situation de har utsatts för.

Beträffande information framkommer det i artiklarna skrivna av Simon & Kumar (2002) och Willemse et. al (2016) att deltagarna har upplevt informationen som bristfällig och att de inte fått tillräcklig information om vilka lokala stödtjänster som fanns tillgängliga i kommunen. I resultatet i detta examensarbete framkommer det också liknande svar, att informationen kan ses som tillräcklig och otillräcklig. Vissa poängterar att det är upp till en själv att vara alert med att få och ta reda på information och detta syns även i studien gjord av Willemse et al. (2016) där det även nämns att bland annat i Belgien har närståendevårdarna, eller den beroende äldre, fått ta reda på information själva.

Som man kunde läsa på Institutet för hälsa och välfärds hemsida (THL, 2017) har närståendevårdarna rätt till olika stödtjänster, t.ex. hemvård. Från resultatet i detta examensarbete nämner deltagarna att de tagit hjälp utav hemvården någon gång efter att deras partner insjuknat men att de ändå vill sköta så mycket som möjligt själv eftersom det bland annat innebär att man får någon annans tid att passa utöver sina egna rutiner. Detta resultat stämmer även överens med Simon & Kumars artikel (2002). De hade även kommit fram till att deltagarna såg det som att de behövde passa någon annans tider och att

hemvården dessutom inte heller kunde hålla tiden de kommit överens om att de skulle komma.

Det som också togs upp på Institutet för hälsa och välfärds hemsida (THL, 2017) var att kommunen hade rätt till att ge avlastning i några dagar för närståendevårdarna. För de flesta utav deltagarna var dessa avlastningsperioder högt uppskattade. Dessa gav närståendevårdarna avlastning från deras partner någon dag men det var dock ett missnöje över antalet dagar som deras partner hade rätt att vara inne. De ansågs för få. Utgående från artiklarna skrivna av Simon & Kumar (2002) och Willemse et al. (2016) kan man konstatera det motsatta. Deltagarna i dessa artiklar var inte så förtjusta över denna tjänst då bland annat deras partner antingen inte ville åka iväg eller för att det ansågs för dyrt. De som dock använde sig utav denna tjänst uppskattade den också just för att det gav närståendevårdarna avlastning från deras partner.

7.2 Metoddiskussion

I metoddiskussionen påvisar man hur kvaliteten säkerställs samt vilka styrkor och svagheter examensarbetet har. Det är även betydelsefullt att hålla sig kritisk till sitt egna arbete och diskutera det. Då man valt en kvalitativ metod kan man diskutera metoden utgående från begreppen, **trovärdighet**, **pålitlighet**, **bekräftelsebarhet** och **överförbarhet**. Dessa fyra begrepp är goda indikatorer på god vetenskaplig kvalitet. (Henricson, 2017. s. 412; Mårtensson & Fridlund, 2017 s. 431)

Trovärdighet

Det som menas med trovärdighet är att man som skribent ska lyckas övertyga läsaren om att resultatet man kommit fram till är rimligt och relevant. Ett sätt att påvisa detta är att tydliggöra för läsaren att man som forskare är bekant eller påläst om forskningsämnet före studien startar. (Mårtensson & Fridlund, 2017, s.431) Eftersom studiens frågeställningar var "Hur förändrades livet efter att partnern drabbades av stroke?" och "Vilket stöd är närståendevårdaren i behov av?" har skribenten sökt information om både vad stroke och närståendevårdare innebär, och redogjort för det i bakgrunden. För att få en insikt i vad tidigare forskning har kommit fram till gällande detta ämne söktes vetenskapliga artiklar fram från olika databaser. För att få fram artiklar som skulle vara relevanta för ämnet har olika sökord använts som hade med ämnet att göra och dessutom valts som "peer reviewed" för att säkerställa att de räknas som vetenskapliga. Skribenten försökte även välja artiklar som inte var så gamla. En artikel var dock från 2002, vilket börjar bli lite väl gammalt, men

skribenten ansåg att det inte hittades så jättebra artiklar från tidigare forskning som berörde just närståendevårdare syn till en strokedrabbad beträffande information och stöd från kommunen, så därför valdes denna.

Som skribent menar Henricson (2012, s. 488) att man kan se det som utgör problemområdet ur många olika synvinklar. Detta kallas för triangulering och är ett annat begrepp som stöder trovärdigheten. Skribenten har försökt välja artiklar som bland annat berört att personer har haft olika relationer till den person som de är närståendevårdare åt, som t.ex att de har varit make/make, dotter/son osv till den drabbade, haft varierande ålder och att de haft olik erfarenhetslängd av att vara närståendevårdare. Även olika syner på behov av stöd har skribenten försökt hittat artiklar om. I detta examensarbete är deltagarna i ganska samma ålder, alla är runt 70 år. De som deltog i denna studie är alla kvinnor, förutom en som är en man och de har alla lite varierande erfarenhetslängd att vara närståendevårdare, allt ifrån 1 år upp till 5 år.

Pålitlighet

Genom att kunna beskriva sin förståelse för ämnet man studerar kan man påvisa pålitlighet. Det bör också framgå en beskrivning av vilken teknisk utrustning man använt vid inspelning av intervjuerna och utskriften samt vem som utfört intervjuerna och transkriberat dem. Likaså är det betydelsefullt om det framgår vilka tidigare erfarenheter man har som påverkat datainsamlingen och dataanalysen. (Mårtensson & Fridlund, 2017. s. 432)

För att uppnå mera förståelse för ämnet har faktabaserad litteratur, internet källor och tidigare forskning använts som har handlat om stroke och närståendevårdare. Detta har behandlats i bakgrunden. För att få en så bred bakgrundsinformation som möjligt stöder sig bakgrunden på flera olika källor. Angående att hitta artiklar hade skribenten inte så mycket tidigare erfarenhet att leta i databaserna. Det tog därmed ett tag att komma underfund med att variera sökorden och på så vis få fram olika artiklar som var relevanta för ämnet.

Skribenten använde sig utav mobiltelefonen som tekniskt hjälpmedel vid inspelning av intervjuerna. Därefter skedde transkriberingen på datorn i ett textbehandlingsprogram. Trots att skribenten inte heller har tidigare erfarenheter av att intervjua personer på detta vis, gick det ändå bra.

Bekräftelsebarhet

Om forskaren har tydligt beskrivit analysprocessen och bekräftat sina ställningstaganden under hela forskningsprocessen ökar studiens bekräftelsebarhet. (Mårtensson & Fridlund,

2017, s. 432) Som datainsamlingsmetod ansågs intervjuer som mest lämpligt eftersom syftet med studien var att få en överblick hur livet har förändrats efter att deras partner drabbats av stroke. Således fick de fritt berätta om sin situation och det gav en bra inblick i närståendevårdarnas situation. Passande intervjufrågorna som skulle svara på frågeställningarna framställdes efter att man läst in sig bra på ämnet. Handledande lärare hade även som sagt läst igenom frågorna och gett godkännande. Dock visade det sig att vissa frågor kunde vara lite svåra att förstå av deltagarna vid intervjuerna och att det därmed uppstod lite oklarheter för dem. Skribenten borde ha formulerat just de frågorna bättre och tydligare så att inte oklarheter skulle uppstått.

Deltagarna valdes ut på den basen av att de var närståendevårdare till sin partner som drabbats av stroke och således kunde svara på studiens syfte. Att hitta deltagare gick fort och själva intervjutillfällena ägde rum också ganska fort efter att de blivit kontaktade. Det blev 4 stycken närståendevårdare som deltog, varav en av dem var en man. Skribenten är medveten om att man inte borde bara ha en person av ett kön som deltar, det borde vara fler, men i detta fall visste inte skribenten av någon fler. För att ändå behålla anonymiteten har skribenten försökt inte använda sig utav citat i resultatdelen som klart och tydligt avslöjar identiteten.

Vid intervjutillfällena informerades deltagarna om de etiska övervägandena och de fick även skriva under ett samtyckes intyg för att garantera förståelsen. Alla fullgjorde intervjun. Under intervjun märkte man snabbt samband mellan deltagarna, man märkte att gemensamma faktorer dök upp. Det man bland annat har kunnat konstatera är att de som är närståendevårdare gör ett otroligt jobb.

Transkriberingen skedde strax efter att deltagarna blivit intervjuade och strax därefter börjades den kvalitativa innehållsanalysen av materialet från de fyra intervjuerna. Eftersom skribenten är själv som skriver arbetet körde man lätt ihop sig vid innehållsanalysen då man inte hade någon annan att utbyta tankar med. Innehållsanalysen var också väldigt tidskrävande men slutligen kom skribenten fram till de 3 huvudkategorierna och dess underkategorier.

Överförbarhet

Det som menas med överförbarhet, är om den som skrivit arbetet avser att resultatet går att överföras till andra personer eller situationer. Det krävs att resultatet är tydligt beskrivet för att resultatets bekräftelsebarhet kan bedömas. Dessutom påverkar trovärdigheten,

pålitligheten och bekräftelsebarheten på resultatets överförbarhet. (Mårtensson & Fridlund, 2017. s. 433)

Skribenten anser att resultatet i examensarbetet är överförbart till andra personer eller likande situationer. Då resultatet jämförts med tidigare forskning och den teoretiska utgångspunkten märker man att det finns många likheter som stöder överförbarheten i resultatet men att det även förekommer ett och annat nytt svar. Med tanke på artiklarna uppfyller även de kraven på trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet då de utförligt har redogjort för hur deras studier gått till vilket tyder på överförbarhet.

8 Avslutning

Under denna studie tycker jag man har fått mera förståelse för närståendevårdarnas situation. Studien har lett till att man öppnat upp ögon för närståendevårdarna och insett vilket fantastiskt jobb de gör. Att vara närståendevårdare kan jämföras med att vara vårdare 24/7, vilket enligt mig är en fantastisk men också tung insats. Ute i vården borde man därmed tänka på dessa personer och faktiskt lägga resurser på dem.

Som sagt har de inte bara sig själva längre att tänka på, utan deras vardag går numera ut på att sköta om sin partner också. Detta gäller knappast enbart de som är närståendevårdare till en stroke drabbad, utan också de som är närståendevårdare till någon anhörig över lag som är sjuk. De skulle säkert också känna igen sig i detta. Dessa personer borde verkligen bli sedda och uppskattade för vad de gör. Man borde också inse att avlastningsperioderna är viktiga för de som använder sig utav dem. De behöver få sin tid för att koppla av och samla nya krafter.

Det man som vårdare kan hålla i bakhuvudet i fall man t.ex. arbetar inom hemvården/hemsjukvården är att ha avseende för tider och rutiner som kan vara viktiga för de närstående och dess partner. Närståendevårdarna har mycket att sköta i vardagen och kan behöva få hålla sig till sina rutiner. Självklart ska det inte låta hindras att utföra de åtgärder man kommer för, men att man ändå kanske försöker anpassa sig och komma överens om tider och passlig dag i samråd med närståendevårdaren.

Oavsett om vi är t.ex vårdare, en vän, en partner eller en familjemedlem, bör vi människor komma ihåg att ställa upp för varandra, visa att vi finns och att vi bryr oss. Omtanke och kärlek är viktigt här i livet och det vi därmed kan lägga i minnet är att vi ska vara så som vi själv vill att någon annan ska vara mot en själv.

Källförteckning

[https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta)

[online] [hämtat: 21.11.2017]

Alvehus, J. 2013. *Skriva uppsats med kvalitativ metod*. Stockholm: Liber AB

<http://anhorighandboken.se/vem-ar-anhorig/> [online] [hämtat: 6.10.2017]

Antonovsky, A. 2005. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur

Barbic, S., Mayo, N., White, C., & Bartlett, S. (2014). Emotional vitality in family caregivers: content validation of a theoretical framework. *Quality Of Life Research*, 23(10), 2865-2872.

Blommengren, A & Ohlgren, B. Red. 2007. *Neurokirurgisk vård*. Poland: Studentlitteratur

Brinkmann, S & Kvale, S. 2009. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB

Cao, V., Chung, C., Ferreira, A., Nelken, J., Brooks, D., & Cott, C. (2010). Changes in activities of wives caring for their husbands following stroke. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 62(1), 35-43.

Danielson, E. 2012. Kvalitativ forskningsintervju. i: M. Henricson. Red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Poland: Studentlitteratur AB

Danielson, E. 2012. Kvalitativ innehållsanalys. i: M. Henricson. Red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Poland: Studentlitteratur AB

Danielson, E. 2017. Diskussion. i: M. Henricson. Red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB

Danielson, E. 2017. Kvalitativ forskningsintervju. i: M. Henricson. Red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB

Davidson, B & Patel, R. 2011. *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB

Ericson, E & Ericson, T. 2012. *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

(<https://www.folkhalsan.fi/vuxna/vard-och-stod/narstaendevard/>)[online]

[hämtat: 13.12.2017]

Gosman-Hedström, G., & Dahlin-Ivanoff, S. (2012). 'Mastering an unpredictable everyday life after stroke'- older women's experiences of caring and living with their partners. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(3), 587-597.

Greenwood, N., Mackenzie, A., Wilson, N., & Cloud, G. (2009). Managing uncertainty in life after stroke: a qualitative study of the experiences of established and new informal carers in the first 3 months after discharge. *International Journal Of Nursing Studies*, 46(8), 1122-1133.

Greenwood, N., Mackenzie, A., Harris, R., Fenton, W., & Cloud, G. (2011). Perceptions of the role of general practice and practical support measures for carers of stroke survivors: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 1257.

Gehring, S et al. 2015. *Jag närståendevårdare? En första handbok om närståendevård*.

<https://omaishoitajat.fi> [online][hämtat: 25.4.2018]

Hårdemark, H-G, 2007. Hjärnblödning. i: Mätzsch, T & Gottsäter, A. Red. *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. Hungary: Studentlitteratur

Johansson, L. 2016. *Anhörig i nöd och lust*. Polen: Vårdförlaget HC AB

Jönsson, A-C, 2015. Omvårdnad vid stroke. i: K. Gottberg. Red. 2015. *Omvårdnad vid neurologiska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB

Kjellström, S. 2012. Forskningsetik. i: M. Henricson. Red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Poland: Studentlitteratur AB

Lindgren, A. 2007. Stroketyper – terminologi och definitioner. i: Mätzsch, T & Gottsäter, A. Red. 2007. *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. Hungary: Studentlitteratur

Mårtensson, J & Fridlund, B, 2017. Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. i: M. Henricson. Red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB

Norrving, B. 2012. Stroke. I: Josephson, A & Olson, L. Red. *Hjärnan*. Karolinska Institutet: University press

Nyberg, R & Tidström, A. Red. *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur AB

Pessah-Rasmussen, H. 2007. Rehabilitering och eftervård. i: Mätzsch, T & Gottsäter, A. Red. *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. Hungary: Studentlitteratur

Petersson, J. 2007. Praktisk handläggning vid akut stroke. i: Mätzsch, T & Gottsäter, A. Red. *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. Hungary: Studentlitteratur

Siemund, R. 2007. Ischemisk stroke – diagnostik med CT och MRT. i: Mätzsch, T & Gottsäter, A. Red. *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. Hungary: Studentlitteratur

Simon, C., & Kumar, S. (2002). Stroke patients' carers' views of formal community support. *British Journal Of Community Nursing*, 7(3), 158-163.

(<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/?indicator=sw6sstbN9rLODgMA®ion=s07MBAA=&year=sy4rBwA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718>) [online] [hämtat: 21.4.2018]

Terént, A. 2009. Cerebrovaskulär sjukdom. i: Lindgärde, F, Thulin, T & Östergren, J. Red. *Kärlsjukdom – vaskulär medicin*. Hungary: Studentlitteratur

(<https://www.thl.fi/sv/web/handbok-for-handikappservice/pa-svenska/startsidan/stod-till-ett-sjalvstandigt-liv/narstaendevard>)[online] [hämtat: 13.12.2017]

Willemsse, E., Anthierens, S., Farfan-Portet, M. I., Schmitz, O., Macq, J., Bastiaens, H., & ... Remmen, R. (2016). Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC Health Services Research*, 16270.

Åsberg – Hultér, K et al. 2014. *Anhörigas insats efter stroke är omfattande och ofta livslånga*. [online] <http://www.lakartidningen.se> [hämtat: 22.11.2017]

Informationsbrev

Bästa närståendevårdare!

Jag heter Linnea Nordberg och är tredjeårets sjuksköterskestuderande på Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Jag skriver ett examensarbete om hur det är att vara närståendevårdare till sin partner som fått stroke. Syftet med studien är att få en inblick i hur livet har förändrats för er som är närståendevårdare efter att er partner fick sin stroke samt vilket stöd ni känner ni får samt är i behov av.

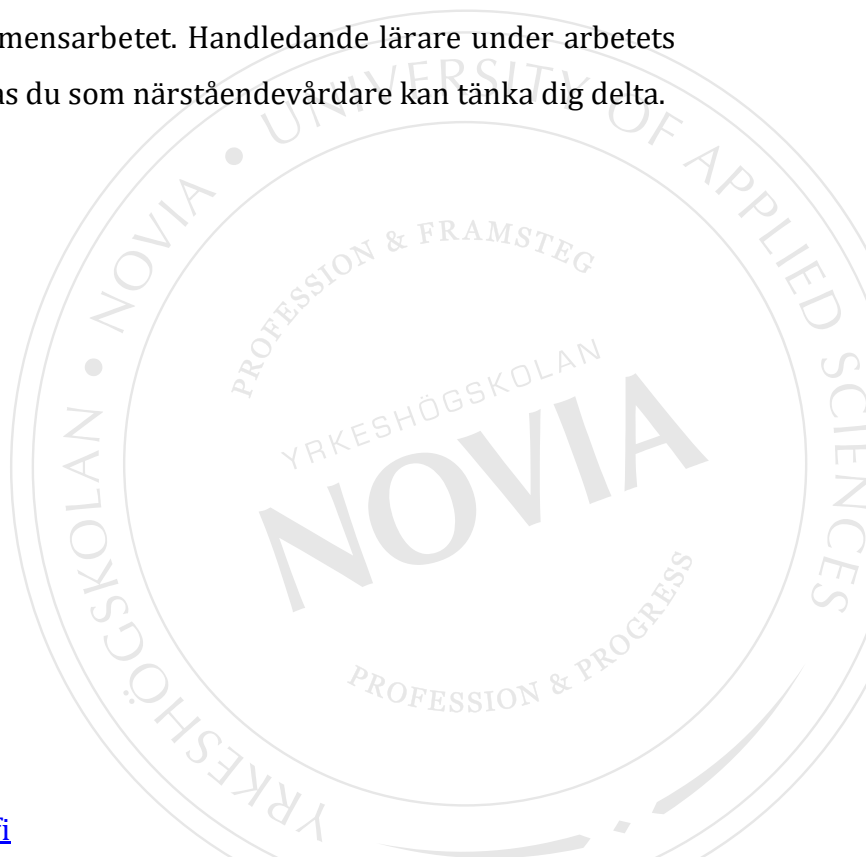
Examensarbetet görs i form av en intervjustudie. Att delta i intervjun är frivilligt och du förblir anonym genom hela arbetet. Man får när som helst avbryta intervjun om man inte längre vill delta. Intervjuerna kommer bandas in och därefter raderas. Materialet analyseras och användas endast till examensarbetet.Handledande lärare under arbetets gång är Lena Sandén Eriksson. Jag hoppas du som närståendevårdare kan tänka dig delta.

Med vänliga hälsningar,

Linnea Nordberg

Tel. 0440960307

e-post. linnea.nordberg@edu.novia.fi



Jag intygar härmed att jag blivit informerad om studien och deltar av egen vilja. Jag ger även samtycke till att mina svar får användas i examensarbetet.

Deltagarens namn

Ort och datum



Frågor

Närståendevårdarrollen

1. Hur gammal är du respektive din partner?
2. Hur länge har du varit närståendevårdare?
3. Har det varit svårt att växa sig in i rollen som närståendevårdare?
4. Hur hjälpbehövande är din partner?
5. Tar du hjälp i vardagen utav t.ex. hemvården, hemsjukvården, eller annat?
6. Upplever du som närståendevårdare t.ex. känslor av förnöjsamhet, stress, nedstämdhet i vardagen?
7. Vad finner du som meningsfullt respektive tungt i vardagen?

Egentid

8. Får du tillräckligt med egentid?
9. Har du möjlighet med sociala kontakter såsom vänner, resor, rekreationsutbud mm.
10. Hur tar du hand om din egen hälsa?
11. Hur länge kan du lämna din partner ensam hemma?
12. Vad saknar du mest från tiden före din partner insjuknade?

Stöd

13. Vilket stöd från omgivningen har du fått eller får du?
14. Tycker du att du får tillräckligt med information om vilka rättigheter du har?
15. Får du tillräckligt med stöd och hjälp eller behövs det mera?
16. Använder du dig av avlastningsperioder? I så fall tycker du att dom är tillräckligt långa?
17. Har du själv t.ex. tankar, funderingar, idéer eller önskemål om annat som kan stöda dig och din partner i vardagen?